

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

FACULTAD DE MEDICINA  
Departamento de Psiquiatría



**TESIS DOCTORAL**

**Correlación de la organización estructural de la personalidad con las  
características clínicas del trastorno límite de personalidad: un estudio  
con la entrevista STIPO**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Álvaro Esguevillas Cuesta**

Directores

**José Luis Carrasco Perera  
Celso Arango López**

**Madrid, 2017**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Departamento de Psiquiatría**

**Doctorado en Neurociencias**



**TESIS DOCTORAL**

**Correlación de la organización estructural de la personalidad  
con las características clínicas del trastorno límite de  
personalidad: un estudio con la entrevista STIPO.**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR:

**Álvaro Esguevillas Cuesta**

Directores:

Prof. José Luis Carrasco Perera

Prof. Celso Arango López

**Madrid, 2015**



**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Departamento de Psiquiatría**

**Doctorado en Neurociencias**



**Correlación de la organización estructural de la personalidad  
con las características clínicas del trastorno límite de  
personalidad: un estudio con la entrevista STIPO.**

Tesis doctoral presentada por

**Álvaro Esguevillas Cuesta**

para obtener el grado de Doctor

por la Universidad Complutense de Madrid.

Directores:

Prof. José Luis Carrasco Perera

Prof. Celso Arango López

**Madrid, 2015**



**Para mis padres**



## **AGRADECIMIENTOS:**

A todos los pacientes que han participado de manera desinteresada en el estudio, y, en general, a todos los pacientes que he tenido la oportunidad de tratar durante mi carrera profesional. Muy en especial, a mis pacientes con TLP. Todos ellos son la verdadera motivación de este trabajo, y dan sentido al esfuerzo y dedicación que hay detrás.

A los profesores José Luis Carrasco y Celso Arango, por hacer posible que pudiera sacar este trabajo adelante. A José Luis, por su sabiduría sobre el paciente límite, su entusiasmo perenne, su ilusión y su apoyo para que el proyecto STIPO fuera viable. A Celso por su disponibilidad, su rigor, y su esfuerzo constante para ayudarme a ser un mejor investigador y psiquiatra.

A todas las personas que han dedicado parte de su tiempo a sacar este proyecto adelante. A Gloria, por su ayuda con la base de datos, las citaciones, y los aspectos institucionales. Por su fantástica compañía en las tardes de entrevista en el Clínico. A Ángel, por ayudarme con la estadística y darle un empujón al trabajo en los aspectos que me resultaban más difíciles. A Covadonga, por sentarse conmigo a pensar; por prestarme su tiempo, inteligencia, entrega, e ilusión para hacer viable este trabajo. Por hacer funciones de “r” mayor, sin serlo, conmigo.

A todos mis compañeros del Gregorio Marañón, Moratalaz, Arganda, Vallecas Villa y Dr. León; que siempre han estado disponibles. A Enrique Sainz Cortón por confiar en mí siempre que ha habido ocasión. A aquellos compañeros que han ocupado un lugar especial en mi formación tanto a nivel profesional como personal, desde mi época de residente: Enrique, Emilio, Carlos, Lola, Paco, Esteban, Hortensia y Pedro.

A Enrique García Bernardo, por sus enseñanzas, su cariño y su ayuda constante en todos estos años. Por enseñarme a disfrutar de la psicoterapia y a interesarme por el TLP. Por animarme a irme a Nueva York. Por ser el mejor maestro en este viaje.

A Otto Kernberg, John Clarkin, Frank Yeomans y todas las personas del PDI de Nueva York. Por el *fellowship*, y por su apoyo en este trabajo.



A todo mi equipo del Hospital de Día del Gregorio Marañón: Prudencio, Blanca, Susana, Sara y Olga. Hacéis que ir a trabajar cada día sea una experiencia maravillosa. Especialmente a Olga, por acogerme con el mismo cariño con el que me acogió de residente cuando llegué de adjunto, por permitirme aprender de ella día a día, por cuidarme tanto y ser la mejor compañera posible.

A todos los residentes del Gregorio Marañón con los que he compartido tantos buenos y malos momentos, pero sobre todo ilusión y amor por la psiquiatría. A los que fueron mis mayores y los que han sido mis pequeños. Especialmente a Aurora, Jorge, Lolo, Alberto, Marcos, Santi, Marta, Mario, Juan y Sabela.

A mis “coerres”, por ser modelos en los que mirarse; compañeros, amigos y cómplices de muchos de los mejores momentos de mi vida. Adela, por su inteligencia y su cariño; Laura, por su amistad, su corazón y su alegría; y Adrián, por compartir tantos momentos juntos y darme el honor de formar parte de su familia. Mejor imposible.

A mis amigos de Palencia, con los que voy cumpliendo años desde que estaba en preescolar, y cuya amistad es el bien máspreciado que uno pueda desear. A mis amigos de la facultad, con los que empecé en esto de la medicina, y por cuya amistad no pasa el tiempo. A Álvaro, porque Madrid sin él nunca hubiera sido lo mismo. A Borja, por ser el auténtico “Doctor”.

El mayor agradecimiento es para mi familia, que me ha dado el mejor lugar posible para crecer y desarrollarme. A mis padres, Aureo Daniel y Margarita, por su amor incondicional, el constante sacrificio por sus hijos, y su enseñanza de vida basada en la honestidad, la bondad y el trabajo. A Daniel, por ser mi hermano mayor, y modelo en muchas cosas. Por los años de Viriato. Por estar siempre tan pendiente de mí.

*Last but not least*, mi último agradecimiento es para Estíbaliz. Por descubrirme un amor imposible de cuantificar. Por ser amiga, amante y compañera. Por estar siempre ahí, por acompañarme en lo bueno y en lo malo, ofrecermeme tu apoyo, inteligencia y belleza, como el mejor de los regalos, día tras día. E<sup>2</sup>.

GRACIAS.

Step out the front door like a ghost  
into the fog where no one notices  
the contrast of white on white.  
And in between the moon and you  
the angels get a better view  
of the crumbling difference between wrong and right.  
I walk in the air between the rain,  
through myself and back again.  
Where? I don't know.  
Maria says she's dying.  
Through the door, I hear her crying  
Why? I don't know.

"Round Here" Counting Crows (1993)







<b>1. RESUMEN</b>	<b>27</b>
1.1. Introducción	29
1.2. Planteamiento de la tesis doctoral	32
1.3. Material y métodos	32
1.4. Resultados	33
1.5. Discusión	34
1.6. Conclusiones	35
<b>2. SUMMARY</b>	<b>37</b>
2.1. Introduction	39
2.2. Dissertation approach	41
2.3. Methods	42
2.4. Results	43
2.5. Discussion	44
2.6. Conclusions	45
<b>3. INTRODUCCIÓN</b>	<b>47</b>
3.1. El trastorno límite de personalidad	52
3.1.1. Desarrollo histórico	52
3.1.2. Epidemiología	55
3.1.3. Etiopatogenia	56
3.1.4. Características clínicas y criterios diagnósticos:	62
3.1.5. Instrumentos de evaluación	72
3.1.6. Evolución	74
3.1.7. Tratamiento	77
3.2. La organización estructural de la personalidad	81
3.2.1. Características generales	81
3.2.2. La organización límite de personalidad	84
3.3. La entrevista STIPO ( <i>Structured Interview of Personality Organization</i> )	88
3.3.1. La entrevista estructural	88
3.3.2. El cuestionario IPO ( <i>Inventory of Personality Organization</i> )	90
3.3.3. La entrevista STIPO	90
<b>4. PLANTEAMIENTO DE LA TESIS DOCTORAL</b>	<b>95</b>
4.1. Justificación del proyecto de tesis doctoral	97
4.2. Objetivos	98
4.2.1. Objetivos principales	98
4.2.2. Objetivos secundarios	99

4.3.	Hipótesis .....	99
4.3.1.	Hipótesis principales .....	99
4.3.2.	Hipótesis secundarias .....	100
<b>5.</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>101</b>
5.1.	Diseño del estudio .....	103
5.2.	Protocolo del estudio .....	104
5.3.	Aspectos éticos .....	107
5.4.	Instrumentos de evaluación .....	107
5.5.	<i>Structured Interview of Personality Organization (STIPO)</i> .....	109
5.6.	Análisis estadístico .....	114
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>117</b>
6.1.	Características sociodemográficas de la muestra .....	119
6.2.	Características clínicas de la muestra .....	120
6.3.	Descripción de las puntuaciones en la entrevista STIPO en la muestra ....	122
6.4.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y el sexo .....	124
6.5.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y disponer del certificado de discapacidad .....	125
6.6.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y tomar tratamiento psicofarmacológico .....	125
6.7.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y la presencia de cualquier antecedente de tipo traumático (maltrato físico, abuso sexual, violación): .....	125
6.8.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y la presencia de antecedentes de abuso sexual .....	125
6.9.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y antecedentes de autolesiones .....	1127
6.10.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y los antecedentes de intentos de suicidio .....	127
6.11.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y la comorbilidad con otros trastornos de personalidad cluster B, medido con SCID-II .....	127
6.12.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y la comorbilidad con el trastorno histriónico de personalidad, medido con SCID-II .....	129
6.13.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y la comorbilidad con el trastorno narcisista de personalidad, medido con SCID-II .....	129
6.14.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y la comorbilidad con el trastorno antisocial de personalidad (TPA), medido con SCID-II .....	129

6.15.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y la comorbilidad con consumo de cannabis .....	131
6.16.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y la comorbilidad con consumo de estimulantes.....	131
6.17.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y la comorbilidad con criterios de dependencia a alguno de los siguientes tóxicos (cannabis, alcohol, cocaína).....	131
6.18.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y la comorbilidad con TDAH ...	131
6.19.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y diagnóstico de TLP según la SCID-II.....	132
6.20.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y una puntuación en la DIB-R sugerente de TLP ( $\geq 6$ ) .....	133
6.21.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y la gravedad clínica medida por la CGI-BPD .....	134
6.22.	Correlato entre la puntuación en la STIPO y la funcionalidad medida por la GAF.....	137
6.23.	Correlación bivariada entre puntuaciones en la STIPO y funcionalidad medida por la GAF.....	141
6.24.	Modelo explicativo del valor predictivo de la STIPO respecto a la funcionalidad (expresada en función de la puntuación en la GAF como variable dicotómica, con valor de corte 61) .....	143
<b>7.</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>149</b>
7.1.	Análisis descriptivo de la muestra .....	152
7.1.1.	Características sociodemográficas .....	152
7.1.2.	Características clínicas .....	152
7.2.	Descripción de las puntuaciones de la STIPO en la muestra .....	155
7.3.	Correlatos clínicos.....	157
7.3.1.	STIPO por sexo.....	157
7.3.2.	STIPO por antecedentes traumáticos/abuso sexual .....	159
7.3.3.	STIPO por antecedentes de autolesiones e intentos de suicidio .....	160
7.3.4.	STIPO por comorbilidad en cluster B.....	162
7.3.5.	STIPO por comorbilidad con TUS y TDAH.....	163
7.4.	Correlato con diagnóstico TLP por entrevistas diagnósticas habituales.....	165
7.4.1.	STIPO por SCID-II .....	165
7.4.2.	STIPO por DIB-R .....	167
7.5.	Correlación STIPO gravedad sintomática medida por CGI-BPD .....	169
7.6.	Correlación STIPO funcionalidad medida por GAF. Modelo predictivo .....	171



7.7.	Limitaciones del estudio .....	173
7.8.	Implicaciones futuras.....	177
<b>8.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>181</b>
<b>9.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>185</b>
<b>10.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>201</b>

## **ABREVIATURAS**



TLP	Trastorno Límite de Personalidad
NIH	<i>National Institutes of Health</i> (Institutos Nacionales de Salud)
TB	Trastorno Bipolar
CLPS	<i>Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study</i> (Estudio Colaborativo Longitudinal sobre los Trastornos de Personalidad)
MSAD	<i>McLean Study of Adult Development</i> (Estudio McLean de Desarrollo del Adulto)
DSM-III	<i>Diagnostic Statistical Manual</i> (Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales) 3ª edición
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic Statistical Manual</i> (Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales) 4ª edición Texto Revisado
DSM-5	<i>Diagnostic Statistical Manual</i> (Manual Estadístico y Diagnóstico de las Enfermedades Mentales) 5ª edición
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i> (Instituto Nacional de Salud Mental)
RDoC	<i>Research Domain Criteria</i> (Criterios de Dominio de Investigación)

PDI	<i>Personality Disorders Institute</i> (Instituto para el Estudio de los Trastornos de Personalidad)
STIPO	<i>Structured Interview of Personality Organization</i> (Entrevista estructurada de la Organización de Personalidad)
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático.
DBT	<i>Dialectical Behaviour Therapy</i> (Terapia Dialéctico Conductual)
MBT	<i>Mentalization Based Therapy</i> (Terapia basada en la Mentalización)
TFP	Transference Focused Psychotherapy (Psicoterapia focalizada en la Transferencia)
APA	<i>American Psychiatric Association</i> (Asociación Psiquiátrica Americana)
GxE	Gen environment interaction model (Interacción gen-ambiente)
rGE	Gen environment correlation model (Correlación gen-ambiente)
5-HT	Serotonina

DA	Dopamina
RMN	Resonancia Magnética
RMNf	Resonancia Magnética Funcional
EMA	<i>Ecological Momentary Assessment</i> (Evaluación ecológica en el momento)
CAP	<i>Cognitive-Affective Processing model</i> (Modelo de procesamiento cognitivo-afectivo)
RS	<i>Rejection Sensitivity</i> (Sensibilidad al rechazo)
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades – decima edición.
OMS	Organización Mundial de la Salud
TUS	Trastorno por Uso de Sustancias
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

TPA	Trastorno Antisocial de Personalidad
NESARC	<i>National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions</i> (Encuesta epidemiológica nacional sobre alcohol y otras patologías relacionadas)
TP	Trastorno de personalidad
LPFS	Level of Personality Functioning Scale (Escala del Nivel de Funcionamiento de la Personalidad)
IPDE	<i>International Personality Disorder Examination</i> (Examen internacional de los trastornos de la personalidad)
SCID-II	<i>Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders</i> (Entrevista clínica estructurada para los Trastornos de Personalidad según el DSM-III-R)
DIPD-IV	<i>Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders</i> (Entrevista diagnóstica para los trastornos de personalidad según el DSM-IV)
DIB-R	<i>Diagnostic Interview for Borderlines-Revised</i> (Entrevista diagnóstica para pacientes límite- revisada)

PDQ-4+	<i>Personality Diagnostic Questionnaire</i> (Cuestionario diagnóstico de la personalidad)
MCMI-III	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory-III</i> (Inventario clínico multiaxial de Millon- III)
MMPI-PD	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Personality Disorders</i> (Inventario multifásico de personalidad de Minnesota, escalas para Trastornos de Personalidad)
BSL-23	<i>Borderline Symptom List-23</i> (Lista de síntomas para el trastorno límite-versión 23 ítems)
NEO-PI-R	<i>NEO Personality Inventory-Revised</i> (Inventario NEO de personalidad-revisado)
TCI-R	<i>Temperament and Character Inventory-Revised</i> (Inventario para el temperamento y el carácter – revisado)
ZKPQ	<i>Zuckerman Kuhlman Personality Questionnaire</i> (Cuestionario de personalidad de Zuckerman y Kuhlman)
DAPP-BQ	<i>Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire</i> (Evaluación dimensional de la patología de la personalidad –escalas básicas)



CGI-BPD	<i>Clinical Global Impression-Borderline Personality Disorder</i> (Escala de Impresión Clínica Global para el trastorno límite de personalidad)
GAF	<i>Global Assessment Functioning</i> (Escala de Evaluación de la Actividad Global)
SFT	<i>Schema-Focused Therapy</i> (Terapia focalizada en esquemas)
STEPPS	<i>Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving</i> (Entrenamiento en sistemas para la previsibilidad emocional y la resolución de problemas)
OLP	Organización Límite de Personalidad
IPO	<i>Inventory of Personality Organization</i> (Inventario de la organización de la personalidad)
UHB	Unidad de Hospitalización Breve
UTP	Unidad de Trastorno de Personalidad
PSI	<i>Personality Studies Institute</i> (Instituto para el estudio de la personalidad)

MLG

Modelo lineal general



## **1. RESUMEN**



## **Correlación de la organización estructural de la personalidad con las características clínicas del Trastorno Límite de Personalidad: un estudio con la entrevista STIPO.**

El presente trabajo busca, a través de la administración de la entrevista STIPO (*Structured Interview of Personality Organization*) a una muestra de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad (TLP), evaluar los correlatos clínicos y funcionales existentes entre el TLP (concepto fenomenológico que hace relación a una categoría nosológica específica del eje II del DSM-5) y la organización estructural de personalidad (concepto psicodinámico que hace referencia a la estructura psicológica profunda de la persona, establecida en función de su estructura identitaria, los mecanismos de defensa que utiliza de manera preferente, y el mantenimiento o no de la prueba de realidad). De este modo, se pretende profundizar en una mejor comprensión clínica de estos pacientes, y evaluar las posibilidades de la STIPO como instrumento de tipificación psicopatológica y evaluación pronóstica de pacientes con TLP.

### **1.1. INTRODUCCIÓN**

El TLP es un trastorno psiquiátrico común, grave y complejo, asociado a una elevada morbilidad – con tasas de suicidio que son 50 veces mayores que las de la población general – y un gran coste sanitario (1-4). Su prevalencia, en los últimos grandes estudios poblacionales realizados en países anglosajones, oscila entre un 0´6 y un 2´7 % (43-46); pero en ámbitos clínicos, sin embargo, parece mucho mayor, con tasas de prevalencia en Atención Primaria alrededor de un 6% (47), aumentando a un 10% en servicios ambulatorios de Salud Mental (48), y hasta un 20% en población hospitalizada (49). Mientras se asume que la población clínica con TLP es mayoritariamente femenina, en torno a un 75% (9), los grandes estudios poblacionales apuntan más bien a una igualdad entre sexos (44, 53).

La etiopatogenia del TLP es muy compleja, y comprende factores genéticos, ambientales, biológicos y psicológicos en continua interacción. En este sentido, la mayoría de autores en la actualidad conceptualizan el TLP como un trastorno que se va generando desde las primeras etapas del neurodesarrollo, resultado de la interacción entre factores constitucionales del individuo (vulnerabilidad biológica), y factores ambientales (estresores psicosociales) que el paciente afronta a lo largo de su maduración evolutiva (2, 31, 59, 60).

El TLP se caracteriza por la presencia de un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad, junto con una impulsividad intensa; que comienza en la adolescencia o en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos de la vida de la persona (9). El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y está basado en una serie de síntomas que se exploran en la entrevista con el paciente. El modelo diagnóstico actual (DSM y CIE) es categorial. Para cumplir criterios diagnósticos DSM, el paciente debe presentar un mínimo de 5 de los 9 criterios diagnósticos propuestos; pero recientemente, en el DSM-5, se ha propuesto un modelo diagnóstico alternativo híbrido categorial-dimensional, para su uso en investigación (9).

El concepto acerca de la evolución y el pronóstico de los pacientes con TLP ha ido cambiando con el tiempo. De plantearse como un trastorno de la edad adulta, estable en sus características clínicas, y de evolución crónica; actualmente se cree que tiene una evolución mucho más variable, con un inicio frecuentemente situado en la adolescencia, altas tasas de remisión sintomática, y persistencia con los años de importantes dificultades a nivel funcional (1, 123).

El tratamiento de elección para el TLP es el tratamiento psicoterapéutico, estando reservada la farmacoterapia como tratamiento coadyuvante de síntomas de estado presentes en periodos de descompensación aguda, o para determinados rasgos de vulnerabilidad (38). Existen varios tratamientos psicoterapéuticos específicos que han demostrado utilidad en el tratamiento del TLP, fundamentalmente la terapia dialéctico-conductual (DBT), la terapia

basada en la mentalización (MBT) y la terapia focalizada en la transferencia (TFP) (1).

La organización estructural de la personalidad es un modelo teórico creado por Otto Kernberg en la década de 1960 (18). Aunando elementos procedentes tanto de la psicología del yo como de la escuela de relaciones objetales, Kernberg propone cuatro organizaciones estructurales de personalidad: una estructura de personalidad normal, caracterizada por su flexibilidad y capacidad adaptativa; y tres estructuras patológicas (neurótica, límite y psicótica) que se diferencian fundamentalmente en términos del grado de integración de su identidad, de los tipos de operaciones defensivas predominantes, y de su capacidad para la prueba de realidad. Kernberg ha centrado la mayor parte de su labor clínica e investigadora en la organización límite de personalidad (OLP), la cual se caracteriza por la presencia del síndrome de difusión de identidad, el uso predominante de defensas primitivas, y el mantenimiento de la prueba de realidad salvo en situaciones puntuales de estrés agudo. Desde un punto de vista de la psicopatología descriptiva, corresponde a la mayoría de los trastornos graves de personalidad (148). El tratamiento de elección, para Kernberg, sería una psicoterapia psicoanalítica modificada, la TFP (40).

La entrevista STIPO es una entrevista semi-estructurada desarrollada por John Clarkin, Eve Caligor, Barry Stern y Otto Kernberg en 2003, a partir de la entrevista estructural de este último autor (149). Evalúa de manera dimensional los dominios de funcionamiento nucleares de la teoría de la organización estructural de personalidad de Kernberg: la consolidación de la identidad, la cualidad de las relaciones objetales, el uso de defensas primitivas, la capacidad de afrontamiento frente a la rigidez de carácter, la cualidad de la agresión del individuo, y los valores morales; explorando tanto la conducta como el mundo interno del paciente, es decir, tanto elementos fenomenológicos como psicológicos (158).



## **1.2. PLANTEAMIENTO DE LA TESIS DOCTORAL**

Desde la creencia de que el modelo estructural de Kernberg es un modelo de contrastada vigencia y utilidad clínica para la tipificación clínica, diagnóstico y tratamiento del TLP; este trabajo pretende realizar una primera aproximación a las posibilidades y propiedades de la STIPO como herramienta de evaluación de variables clínicas y funcionales en una población TLP de nuestro medio clínico habitual.

Los objetivos principales planteados con el trabajo han sido evaluar una muestra de pacientes con diagnóstico clínico de TLP en nuestro medio mediante la entrevista STIPO, y analizar tanto su validez concurrente como instrumento de tipificación psicopatológica como su valor predictivo sobre la funcionalidad.

Las hipótesis principales planteadas han sido que la entrevista STIPO mostrará una buena validez concurrente con variables clínicas y medidas de gravedad sintomática, y un buen valor predictivo sobre la funcionalidad en los pacientes de la muestra, sobre todo el dominio identidad.

## **1.3. MATERIAL Y MÉTODOS**

Se planteó un estudio descriptivo de una muestra de 50 pacientes con sospecha clínica de TLP, procedentes de los diferentes Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Además, de forma transversal se realizaron análisis inferenciales para correlacionar las puntuaciones en la entrevista STIPO con las diferentes variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes. En último lugar, se desarrolló un modelo explicativo de la situación funcional de los pacientes a partir de la contribución de los diferentes dominios estructurales de la personalidad, evaluados por la STIPO.

43 pacientes fueron incluidos en el estudio, mientras 7 no cumplieron los criterios de inclusión. El criterio de inclusión fue tener un diagnóstico clínico o mediante SCID-II de TLP, en la evaluación inicial del estudio realizada por un psiquiatra experto. Los criterios de exclusión fueron padecer un trastorno

psicótico, un trastorno bipolar, una discapacidad intelectual, o un trastorno mental de causa orgánica. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado, y el estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Como instrumentos de evaluación, se utilizaron un cuestionario sociodemográfico y un cuestionario clínico creados específicamente para el estudio, y las entrevistas SCID-II, DIBR, CGI-BPD y GAF; además de la STIPO. Para este trabajo, se utilizó una traducción al castellano de la STIPO 1.07, que es una versión reducida de la STIPO original, y que se utiliza fundamentalmente con motivos de investigación (162).

#### **1.4. RESULTADOS**

Las características sociodemográficas de la muestra nos presentan un perfil promedio de una mujer entorno a los 32 años de edad, soltera, con estudios secundarios, y desempleada en el momento de la evaluación.

Las características clínicas de la muestra nos sugieren una población TLP mayoritariamente en tratamiento ambulatorio en el momento de la evaluación, con tratamiento farmacológico, y con más de 10 años de historia personal de tratamiento. 2/3 de los pacientes de la muestra ha realizado algún intento de suicidio a lo largo de su vida, y 3/4 de los pacientes se ha autolesionado en alguna ocasión. Se han hallado antecedentes de eventos traumáticos en un 60%, teniendo historia de abuso sexual el 30%. Cerca de un 45% de los pacientes consume cannabis de un modo habitual, y un 15% cumple criterios de dependencia a alcohol, cannabis o estimulantes. La comorbilidad con el TDAH en esta muestra no llega al 10%, mientras que la comorbilidad con otros trastornos de personalidad del cluster B alcanza al 40% de los sujetos. Las puntuaciones medias en las escalas CGI, GAF y DIB-R, nos sugieren una población de pacientes con TLP de gravedad moderada.

Entre las variables clínicas estudiadas, las puntuaciones de la STIPO se correlacionaron de un modo significativo con los antecedentes de abuso

sexual y la comorbilidad con otros trastornos de personalidad del cluster B, especialmente el trastorno antisocial de personalidad. Como medida de gravedad sintomática, las puntuaciones en la STIPO también se correlacionaron de manera significativa con las puntuaciones en la escala CGI-BPD.

La correlación más significativa de las puntuaciones de la STIPO se produjo con las puntuaciones en la escala GAF, como medida de funcionalidad en los pacientes del estudio, con una relación inversa (más puntuación en la STIPO se asoció con menos puntuación en la GAF). Con estos resultados, se propuso un modelo explicativo predictivo del valor de la puntuación en la STIPO respecto a la GAF, controlando por las posibles variables que pudieran actuar como factores de confusión. Las variables de la STIPO que mostraron mejor valor predictivo fueron el dominio identidad ( $r^2=0,267$ ,  $F=16,265$ ,  $p<0,001$ ), que explicó un 26,7% de la varianza en la GAF; y la subescala sentido del self ( $r^2=0.312$ ,  $F=20,085$ ,  $p<0,001$ ), que explicó un 31,2% de dicha varianza.

### 1.5. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio se discuten en profundidad, a la luz de la literatura científica actual. Los resultados obtenidos muestran que la entrevista STIPO presenta una buena validez concurrente como instrumento de tipificación de una muestra de pacientes con TLP. De manera significativa, se correlacionó con variables clínicas de reconocida relevancia en el TLP, como son la historia de abusos sexuales y la comorbilidad con otros trastornos de personalidad del cluster B – con una especial significación en el caso del trastorno antisocial de la personalidad. Es importante resaltar que, de manera contraria, no se encontró una correlación significativa entre los dominios principales de la STIPO y muchas variables clínicas asociadas con el factor descontrol conductual del constructo diagnóstico actual de TLP, como los intentos de suicidio, las autolesiones, los TUS y el TDAH.

Por otro lado, la STIPO presentó una correlación significativa con la escala CGI-BPD, la cual mide severidad sintomática; postulándose como una buena herramienta para identificar gravedad sintomática en la población TLP. En este sentido, la distribución de la puntuación de los pacientes de la muestra en los diferentes dominios de la STIPO, con valores medios entre 3 y 4, nos orienta hacia la existencia de una correlación significativa entre el constructo descriptivo subyacente a la categoría nosológica TLP y el constructo teórico psicodinámico subyacente a la OLP, es decir, el modelo estructural de la personalidad de Kernberg.

Finalmente, los resultados del estudio nos muestran que la STIPO puede ser una herramienta de mucha utilidad para la evaluación pronóstica de la funcionalidad de la población TLP, ya que su dominio principal – la identidad – ha mostrado tener valor predictivo respecto al funcionamiento psicosocial de los pacientes de nuestra muestra, medido por la escala GAF.

Las limitaciones fundamentales del estudio tienen que ver con la falta de validación de la STIPO en población española, lo que limita el alcance de los resultados de este estudio; la presencia de un pequeño tamaño muestral; y la ausencia de una medida de impulsividad de la población de la muestra.

Las implicaciones futuras de este trabajo se derivan de la importancia de dar un lugar central a la identidad y su patología, el síndrome de difusión de identidad, en las manifestaciones clínicas, evolución pronóstica y orientación terapéutica de los pacientes con TLP. Además, se apunta hacia la necesidad de realizar un estudio de validación de la STIPO en población española.

#### **1.6. CONCLUSIONES**

La entrevista STIPO mostró una buena validez concurrente como instrumento de tipificación psicopatológica, y valor predictivo como instrumento de evaluación de la funcionalidad de una muestra de pacientes con diagnóstico TLP en nuestro medio; observándose el dominio identidad como la dimensión

de la STIPO que se ha asociado de una manera más significativa con los resultados del estudio.

## **2. SUMMARY**



## **The structural personality organization and its correlation with the clinical features in borderline personality disorder: a study with the STIPO interview.**

This study aims to assess the clinical and functional correlations existing between borderline personality disorder (BPD), a phenomenological concept regarding to a specific nosological category in DSM-5, and structural personality organization, a psychodynamic concept regarding to the deep psychological structure of the individual, defined by his identity, the defensive mechanisms he relies on, and his reality testing. For this purpose, we will apply the Structured Interview of Personality Organization (STIPO) to a sample of patients with BPD in our clinical setting. The main objectives of this study are to improve our clinical understanding of these patients, and to evaluate the characteristics of the STIPO as an instrument for psychopathological classification and prognosis assessment in BPD patients.

### **2.1. INTRODUCTION**

BPD is a common psychiatric disorder, with significant etiological complexity, great clinical severity, and high socio-economical cost (1-4). Its population prevalence is 0,6-2,7% (43-46), while in clinical settings it seems bigger, with prevalence rates of 6% in primary care (47), 10% in outpatient psychiatric clinics (48), and 20% in inpatient psychiatric units (49). While clinical populations are largely females, community studies usually find an equal prevalence of men and women (44, 53). The etiology of BPD is complex and multiple, including genetic, biological, psychological and environmental factors in continuous interaction. Most researchers conceptualize BPD as a result of the interaction between biological and psychosocial factors taking place since the beginning of the neurodevelopmental process of the individual (2, 31, 59, 60).



BPD is best distinguished by a pervasive pattern of instability of interpersonal relationships, self-image and affects, and marked impulsivity, usually beginning in adolescence or by early adulthood, and present in a variety of contexts in the individual's life (9). Diagnosis is mostly clinical, based on symptoms being explored during the clinical interview with these patients. For a DSM-5 BPD diagnosis, the individual has to meet at least 5 of the 9 diagnostic criteria. DSM-5 also includes a criteria-based alternative hybrid model for personality disorders in section III, the section referred to as "Emerging measures and models" (9).

The psychiatric community's belief about BPD being an adult, stable and chronic disorder has changed in recent years. Nowadays there is solid evidence pointing to a much more heterogeneous course - usually beginning in adolescence -, high remission rates, and persistent functional impairment as time goes by (1, 123).

Psychotherapy is the main treatment of BPD, with pharmacotherapy being an adjunctive component of treatment that targets state symptoms during periods of acute decompensation and trait vulnerabilities (38). There are several specific psychotherapies that have shown efficacy in treating BPD in randomized controlled trials, mainly dialectical behavior therapy (DBT), mentalization-based therapy (MBT) and transference-focused psychotherapy (TFP) (1).

The structural personality organization is a theoretical personality model developed by Otto F. Kernberg in 1960's (18). Informed by contemporary object relations theory, but including also aspects belonging to contemporary ego psychology theory; Kernberg described essentially a dimensional model of personality (27). Kernberg proposes four broad structural personality organizations: one normal organization, defined by its flexibility and its adaptive capacity; and three pathological organizations (neurotic, borderline and psychotic). These neurotic, borderline and psychotic types of organization are reflected in the patient's clinical characteristics, particularly with regard to his degree of identity integration, the defensive mechanisms he habitually employs,

and his capacity for reality testing. Kernberg has centered the main part of his clinical and research production to the study of borderline personality organization (BPO). BPO is defined by the syndrome of identity diffusion, the pervasive use of primitive defensive mechanisms, and an intact reality testing with exceptional alterations related to stressful situations. From a descriptive psychopathology view, BPO includes most severe personality disorders (148). In Kernberg's point of view, the treatment of choice for BPD would be a modified psychoanalytic psychotherapy, TFP (40).

The STIPO is a semi-structured interview developed by John Clarkin, Eve Caligor, Barry Stern and Otto F. Kernberg in 2003, within the framework of the structural interview developed by Otto F. Kernberg in 1981 (149). The STIPO yields a dimensional assessment of the domains of functioning central to Kernberg's theory of personality organization: identity consolidation, quality of object relations, use of primitive defensive mechanisms, adaptive coping versus character rigidity, quality of aggression and moral values. The STIPO explores both the patient's behavioral world and inner world, that is to say, both phenomenological and psychological aspects of the patient (158).

## **2.2. DISSERTATION APPROACH**

We believe that Kernberg's structural personality organization model has sound properties for the clinical classification, diagnosis and treatment of BPD. This study aims to prove a first approach to the STIPO as a valid instrument for assessing clinical and functional features in BPD patients, in our clinical setting.

The main objectives we have with this study are the assessment of a BPD population in our clinical setting by the STIPO, and the analysis of both its concurrent validity as a classification tool, and its predictive value assessing the psychosocial functioning of these patients.

The main hypothesis we want to prove is that the STIPO will show a good concurrent validity with clinical features and severity measures, and a

good predictive value for assessing the psychosocial functioning of a BPD population in our clinical setting, mainly through its dimension “identity”.

### **2.3. METHODS**

We made a descriptive, cross-sectional study of 50 adult patients with a first clinical impression of BPD, currently treated in different Mental Health Services in the region of Madrid. We used inferential statistics to analyze the correlations between the scoring in the STIPO and different clinical and sociodemographic features of the patients. Finally, we provide an explanatory model of the functional situation of these patients based on the contribution of the different personality domains assessed by the STIPO.

43 patients met the inclusion criteria of the study, while 7 didn't meet them and were excluded from the study. Inclusion criteria were being at least 18 years old, and being diagnosed as BPD in the initial evaluation of the study, both clinically or by SCID-II interview. Exclusion criteria were being younger than 18 years old, and having an axis I current diagnosis of psychotic disorder, bipolar disorder, mental disorder due to a specific medical condition, or intellectual disability.

For the evaluation of the patients, we used a sociodemographic and a clinical questionnaire both specifically developed for the study. We also used SCID-II and DIB-R interviews, and CGI-BPD and GAF scales as measures of clinical assessment, severity and functional outcomes. Finally, we used a Spanish translation of the STIPO 1.07, which is a newer and shorter version of the original 100-item STIPO. The STIPO 1.07, developed in 2007 by the same authors of the original STIPO, is used mainly in research studies (162).

## 2.4. RESULTS

The prototype sociodemographic profile in our study was a young woman, single, with high school education, and unemployed in the moment of our evaluation.

The clinical description of the population in our study shows that more than 50% of the patients are in outpatient treatment, and have a mean lifetime treatment story of 12 years. Almost 90% of the patients have at least one pharmacological prescription. 2/3 of the patients have committed at least one suicide attempt, and 3/4 have engaged at anytime in self injury behavior. Lifetime story of trauma has been reported in 60%, while childhood sexual abuse has been reported in 30% of the patients in our study. Almost 45% of the patients use cannabis with abuse criteria, and 15% meet diagnostic criteria for any substance dependence disorder. Comorbidity with ADHD is lower than 10%. Comorbidity with other cluster B personality disorders rises to 40% of the patients in the study. Mean scores in DIB-R, CGI-BPD and GAF suggest a moderate severity population.

STIPO scores correlated significantly with childhood sexual abuse and comorbidity with other cluster B personality disorders, especially with antisocial personality disorder. STIPO scores also correlated significantly with CGI-BPD scores, as a clinical severity measure.

The most significant correlation showed by STIPO scores was with GAF scores, as a psychosocial functioning measure. STIPO scores correlated in an inverse way with GAF scores, meaning higher STIPO scores correlated with lower GAF scores. So, with these results, we attempted a predictive exploratory model of the influence of STIPO scores in GAF scores, controlling for other putative confounding variables. We yielded an explanation of 26,7% of GAF variance with the STIPO domain “identity” ( $r^2=0,267$ ,  $F=16,265$ ,  $p<0,001$ ), and an explanation of 31,2% of GAF variance with the STIPO sub-domain “sense of self” ( $r^2=0.312$ ,  $F=20,085$ ,  $p<0,001$ ).

## 2.5. DISCUSSION

Results obtained in our study are discussed in depth, on the basis of previous data referred in current scientific research in BPD. Our results show that the STIPO provided a good concurrent validity as a classification tool of a BPD sample in our clinical setting. Significantly, STIPO scoring correlated with clinical features of great importance in BPD, as childhood sexual abuse and comorbidity with other cluster B personality disorders – with special significance in antisocial personality disorder. On the other hand, we think it is important to underline that STIPO scoring on the main domains of Kernberg's structural model (identity and primitive defensive mechanisms) didn't correlate significantly with clinical features as self injury behavior, suicide attempts, ADHD, and substance use disorders; all of them related to the psychopathological factor "behavioral dyscontrol" - thus related to the biological vulnerability feature "impulsivity".

Also, STIPO scoring correlated significantly with a severity measure scale as CGI-BPD, showing promising quality as a measure of clinical severity in BPD. Accordingly, the distribution of STIPO scores in the different domains, with mean values between 3 and 4, suggests the existence of a good clinical convergence between BPD phenomenological concept and BPD psychodynamic concept.

Finally, our results show that the STIPO – mainly its most relevant domain "identity" - may be a very high valued instrument for the assessment of the expected psychosocial functioning in BPD patients.

The main limitation of our study is that the STIPO has not been validated yet in a Spanish population, limiting the validity of the results we have obtained. Other limitations have been a small sample number and the lack of an impulsivity measure in our study.

We believe that our study has significant clinical and future implications derived from the central contribution that identity and its pathological feature identity diffusion, may play in the clinical features, natural course, long-term

prognosis and therapeutic orientation of BPD patients. Also, our study suggests the clinical need of a validation study of the STIPO in Spanish population.

## **2.6. CONCLUSIONS**

The STIPO showed a good concurrent validity as an instrument of psychopathological classification, and promising value as an instrument of expected psychosocial functioning assessment, in a BPD sample population in our clinical setting. The STIPO domain identity seems to play the biggest role in the results obtained.



### **3. INTRODUCCIÓN**





El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico común, grave y complejo, asociado a una elevada morbilidad – con tasas de suicidio que son 50 veces mayores que las de la población general – y un gran coste sanitario (1-4). A pesar de esto, es llamativo cómo no ha suscitado ni la atención ni el soporte institucional que otras enfermedades psiquiátricas – con índices parecidos o incluso menores de morbilidad y coste sanitario asociado – sí que han recibido. Como ejemplo, en una reciente revisión, Mark Zimmerman reflejaba la disparidad de fondos públicos de investigación otorgados en los últimos 25 años por el *National Institutes of Health* (NIH) a una enfermedad con una prevalencia conocida menor, como es el Trastorno Bipolar (TB), respecto al TLP – 622 millones de dólares frente a 55 millones de dólares - (5).

A pesar de esta llamativa escasez de fondos de investigación, se han realizado avances muy significativos en las últimas décadas en lo relativo a la comprensión y manejo del TLP (2). Respecto a las bases neurobiológicas del trastorno, sabemos mucho más acerca de su heredabilidad y correlato neuroanatómico (6, 7), si bien hasta el momento actual no hay una evidencia empírica suficiente para afirmar que exista un modelo de interacción gen ambiente que predisponga a padecer TLP (8). También sabemos más acerca de su evolución y tratamiento. A pesar de que tradicionalmente se ha considerado a estos pacientes como “difíciles de tratar” (1, 2), y que en la propia definición del TLP de las clasificaciones internacionales vigentes se hace referencia al carácter “permanente”, “estable”, “persistente” o “de larga duración” del trastorno (9, 10); hay motivos para ser optimistas.

En primer lugar, en dos grandes estudios prospectivos longitudinales que se vienen realizando con fondos públicos en EEUU (el *Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study* – CLPS-, y el *McLean Study of Adult Development* – MSAD) se ha visto que la evolución sintomática del TLP es muy favorable, hasta el punto de alcanzar tasas de remisión sintomática a largo plazo (al menos 1 ó 2 años sin cumplir criterios TLP DSM, en un periodo de 10-16 años) entre un 85-90% de los pacientes (11, 12). Estas tasas de remisión

sintomática, que no de recuperación funcional, son similares a las que poseen otros grandes trastornos psiquiátricos (12). En segundo lugar, en el momento actual existen varios tratamientos de tipo psicosocial que han demostrado ser eficaces en el tratamiento del TLP (13), y que se vienen implementando de manera progresiva en el tratamiento habitual de estos pacientes en nuestra Red de Salud Mental (14).

Dicho esto, existen todavía muchas facetas del TLP que requieren de un mayor conocimiento. Además de la profundización en las bases genéticas y neurobiológicas del TLP, hay dos elementos fundamentales que son actualmente motivo de importante debate entre los expertos, y en cuya discusión trata de encuadrarse este trabajo. Por un lado, las altas tasas de limitación y discapacidad funcional que muestran las personas con TLP a lo largo de los años - cercanas al 50% -(11, 12). En los estudios realizados, se está viendo que la recuperación a nivel sintomático no se ve acompañada de una mejoría en la funcionalidad de estos pacientes, entendida por la capacidad para estar involucrados de manera satisfactoria a nivel relacional, social y laboral; algo que tiene mucho que ver con los aspectos más profundos de la personalidad y la identidad (2). Por otro lado, la conceptualización del trastorno y su definición/diagnóstico desde un punto de vista categorial y/o dimensional.

El término límite (*borderline*), y su acomodo en la nosología psiquiátrica ha sido desde su nacimiento un aspecto central de discusión entre los profesionales de la salud mental. El TLP tiene un recorrido en la nosología bastante corto, al aparecer categorizado por primera vez en el DSM-III (15), muy basado en los trabajos de John Gunderson (16, 17); pero el concepto de “Organización de Personalidad Límite” es más antiguo, siendo propuesto en 1967 por Otto F. Kernberg (18). Todo lo ocurrido con el DSM-5 y su propuesta de cambio respecto a los trastornos de personalidad, limitada finalmente a la aplicación de un modelo alternativo en la sección III (modelos emergentes), mientras se mantiene en la sección II (criterios y códigos diagnósticos) la clasificación categorial ya presente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM) en su 4ª edición – texto revisado (DSM-IV-TR) (9, 19), es un ejemplo claro de lo polémico que resulta este tema. Más allá de esto, es indudable la necesidad de incorporar modelos conceptuales que

incorporen elementos dimensionales, dados los problemas que la clasificación categorial vigente en la actualidad presenta, sobre todo en lo relativo a la gran heterogeneidad clínica, la alta comorbilidad del trastorno y la gran prevalencia del subtipo “no especificado”, aspectos que limitan su validez clínica y la investigación asociada (1). En ese sentido, modelos híbridos categoriales-dimensionales parecen resultar una alternativa alentadora (19-21). Mencionar aquí que, a un nivel más general, ha sido tanto el debate respecto a la validez de la nosología psiquiátrica actual, que incluso el National Institute of Mental Health (NIMH) americano propuso en el año 2009 los *Research Domain Criteria* (RDoC), un conjunto de funciones básicas a nivel cognitivo/conductual y circuitos cerebrales, para crear entidades patológicas bien definidas a partir de la alteración o disregulación de estos circuitos (22, 23); y que actualmente se encuentran bajo estudio.

Por lo tanto, se puede afirmar que desde los primeros debates entre un enfoque más fenomenológico o más estructural del término, hasta los debates actuales entre aspectos categóricos y aspectos dimensionales, el TLP siempre ha estado rodeado de polémica. Como dicen Kernberg y Michels en su editorial del *American Journal* del año 2009: los pacientes límite han sido durante mucho tiempo a la psiquiatría, lo que la psiquiatría ha sido a la medicina : un tema de importancia en salud pública, que sin embargo está poco reconocido, poco tratado, poco financiado, y estigmatizado por la disciplina mayor (2).

Con todo lo expuesto anteriormente, consideramos que la propuesta de un modelo conceptual de la personalidad integrador, como el descrito por Kernberg en 1967 (24), y desarrollado posteriormente por él y su equipo del *Personality Disorders Institute* (PDI) durante muchas décadas de trabajo, sigue siendo de gran vigencia en la actualidad (25, 26). En él, han ido incorporando los hallazgos neurobiológicos más recientes a su larga tradición clínica procedente de una sólida formación psicoanalítica. En este sentido, el desarrollo de la *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO), una entrevista semi-estructurada, desarrollada por dicho grupo en el año 2007, que evalúa de manera dimensional los dominios de funcionamiento centrales a la teoría de organización de personalidad de Kernberg (27), proporciona al clínico una herramienta diferente y válida para profundizar en la evaluación y el

diagnóstico de la patología de la personalidad en general, y del TLP en particular. Además, al evaluar aspectos clínicos que se han asociado a un menor índice de cambio en los estudios prospectivos llevados a cabo, como son la capacidad vocacional y relacional (3, 12, 28, 29), puede servir como guía orientativa para abordar dichos aspectos a nivel terapéutico.

El presente trabajo busca, a través de la administración de la entrevista STIPO a una muestra de pacientes con TLP de nuestra Red de Salud Mental, evaluar los correlatos clínicos y funcionales existentes entre el Trastorno Límite de Personalidad (concepto fenomenológico que hace relación a una categoría nosológica específica del eje II del DSM-5) y la Organización Estructural de Personalidad (concepto psicodinámico que hace referencia a la estructura psicológica profunda de la persona, establecida en función de su estructura identitaria, los mecanismos de defensa que utiliza de manera preferente, y el mantenimiento o no de la prueba de realidad) (18). De este modo, se pretende profundizar en una mejor comprensión, evaluación, y planificación del tratamiento de estos pacientes.

### **3.1. EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD**

#### **3.1.1. DESARROLLO HISTÓRICO**

El término límite tiene una larga historia dentro de la comunidad psiquiátrica, si bien su incorporación a las clasificaciones habituales no sucedió hasta 1980, con la llegada del DSM-III (15). Fue primeramente acuñado por el psicoanalista húngaro Adolf Stern en 1938, quien lo usó para referirse a un grupo de pacientes cuyas condiciones empeoraban durante la terapia, y que mostraban un comportamiento masoquista y rigidez psíquica, indicando un mecanismo defensivo contra cualquier posibilidad de cambio percibido en el ambiente o en sí mismos (30). Durante varias décadas, fue usado –muy principalmente en los círculos psicoanalíticos– para referirse a pacientes que regresaban a estados de “esquizofrenia límite” durante las terapias (31).

En 1967, Otto F. Kernberg, publicó su artículo “Borderline Personality Organization”, donde expone toda su teoría estructural de la personalidad, y se

refiere al término “límite” como un nivel intermedio (o límite) de organización entre los más graves pacientes psicóticos, y los más leves pacientes neuróticos. Además, propone el concepto de estructura como un concepto más amplio que el de trastorno, definido por la presencia del síndrome de difusión de identidad, el uso de mecanismos de defensa primitivos, y la pérdida de la prueba de realidad en situaciones especiales (18). Este concepto fue el predominante en la comunidad psicoanalítica y psiquiátrica en general durante varios años, promoviendo el desarrollo de modificaciones de la terapia psicoanalítica convencional para poder tratar estos pacientes (24).

Durante la década de los 70, con el desarrollo de la psiquiatría descriptiva y la psicofarmacología, comenzaron los intentos de describir desde la fenomenología al paciente límite. Con los trabajos de Roy Grinker primero, y John Gunderson después, se pusieron los cimientos de la descripción clínica del Trastorno Límite, el cual entraría por la puerta grande de la nosología psiquiátrica oficial al publicarse el DSM-III en 1980 (31).

En la década de los 80, con la consolidación del paradigma biológico en contraposición al paradigma psicoanalítico previo, comenzó a estudiarse la validez del constructo teórico, y se hicieron múltiples estudios acerca de la heredabilidad, curso, marcadores y tratamiento del TLP (31). En ellos, se vio que era una patología claramente diferenciada de la esquizofrenia y el trastorno depresivo mayor, y que en un buen número de pacientes existía una relación significativa con experiencias traumáticas englobadas en general en el concepto de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Respecto al tratamiento, se vio que la psicoterapia psicoanalítica tenía una tasa demasiado alta de abandonos, y que empezaban a surgir otras opciones de tratamiento útiles (psicofármacos, terapias grupales y familiares) caracterizadas por abordajes multimodales y en general una actitud más activa y de soporte, empezando a incorporarse aspectos de tipo rehabilitador (32).

La década de los 90 supuso la llegada del DSM-IV, el cual incorporó un 9º ítem diagnóstico al TLP, relativo a la presencia de síntomas cognitivos (33). Además, supuso centrar el foco conceptual en las dimensiones psicobiológicas del trastorno, a través fundamentalmente de los trabajos de Siever y Davis,

quienes establecieron como disposiciones básicas dos: la disregulación afectiva (que ligaron a la función noradrenérgica) y el descontrol conductual (el cual ligaron a la función serotoninérgica). De algún modo influenciada por este modelo, en 1993 Marsha Linehan publicó un libro sobre el tratamiento del TLP, donde describía una terapia cognitivo conductual específicamente modificada para estos pacientes, dando lugar al nacimiento de la Terapia Dialectico Conductual – DBT - (34). Hoy ocupa el primer lugar del podio de los tratamientos específicos para el TLP. En 1999, Anthony Bateman y Peter Fonagy, desde Londres, publicaron un artículo sobre una nueva terapia específica de aplicación en un programa de hospitalización parcial - la Terapia basada en la Mentalización – MBT - (35), que también ha demostrado eficacia, y se aplica de manera creciente en todo el mundo (36).

Finalmente, la llegada del Siglo XXI supuso para el TLP su consolidación como enfermedad con una base biológica, a través de los estudios de heredabilidad (37) y un creciente número de estudios acerca de sus bases genéticas y neuroanatómicas. Además, supuso la constatación de que, al contrario de lo que se pensaba tradicionalmente, la evolución de los pacientes era bastante buena, con tasas de remisión sintomática muy altas, pero una significativamente peor recuperación funcional (12, 28). El nuevo siglo trajo consigo también la creación de la primera Guía Clínica oficial de la APA (38), y la validación empírica de la terapia psicoanalítica modificada que Kernberg y su grupo llevaban haciendo con estos pacientes desde hacía varias décadas, la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia – TFP - (39, 40).

Como se puede ver, el TLP ha discurrido un largo camino hasta el momento actual, en el que nos encontramos con un trastorno dinámico y en continua revisión. El DSM-5 ha incorporado un modelo híbrido categorial-dimensional como modelo alternativo en su sección III (9), y existe una corriente general de integración de los viejos conceptos categoriales con los nuevos aspectos dimensionales procedentes de las escuelas teóricas de personalidad normal y patológica (19, 20, 41, 42).

### 3.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

El TLP es un trastorno común. Su prevalencia, en los últimos grandes estudios poblacionales realizados en países anglosajones, oscila entre un 0´6 y un 2´7 % (43-46). En ámbitos clínicos, sin embargo, parece mucho mayor. Así, se han descrito tasas de prevalencia en Atención Primaria alrededor de un 6% (47), aumentando a un 10% en servicios ambulatorios de Salud Mental (48), y hasta un 20% en población hospitalizada (49). Estas diferencias entre las tasas poblacionales y las relativas a los entornos asistenciales, todavía no bien explicadas, podrían apuntar a que existe un gran número de pacientes afectados de TLP entre la población general, sin diagnosticar correctamente, y por lo tanto también sin acceso a un tratamiento adecuado (31).

En nuestro país, recientemente se han publicado varios estudios acerca de la prevalencia y el coste sanitario asociado al TLP (50-52). En ellos se estimó una prevalencia del TLP del 0,7%. Sin embargo, las tasas de utilización de recursos de Salud Pública fueron muy pequeñas, con solo un 9,6% del total de pacientes con TLP buscando atención sanitaria, y de ellos solo la mitad en recursos de Salud Mental (52). Significativamente, la tasa de prevalencia del TLP en bases de historias clínicas de Atención Primaria (50) fue bajísima (0,017%), en comparación con lo publicado en otros países (47). Todos estos datos, seguramente extrapolables al resto del territorio español, no hacen sino remarcar la necesidad de implementar políticas de salud pública para un mejor diagnóstico (y mejor posibilidad de tratamiento) de las personas con TLP.

Mucho se ha hablado acerca de las diferencias de género en el TLP. Mientras se asume que la población clínica con TLP es mayoritariamente femenina, en torno a un 75% (9), los grandes estudios poblacionales apuntan más bien a una igualdad entre sexos (44, 53), con alguna excepción (54). Las razones para esta disparidad en los datos no están del todo claras, habiéndose sugerido diferentes hipótesis, como la presencia de diferencias de distribución de los pacientes por sexo en las muestras clínicas (44), una mayor búsqueda de tratamiento por parte de las mujeres (53), o que los hombres suelen tener más formas clínicas subsindrómicas (55).



Finalmente, un apunte breve sobre las características sociodemográficas y culturales en el TLP. La presentación clínica más habitual es la de una paciente joven, soltera, de un medio rural urbano, y nivel socioeconómico medio-bajo (56), si bien no se ha podido establecer una relación causal sólida entre estos aspectos de tipo social y el desarrollo de la enfermedad. La prevalencia del trastorno parece haber aumentado desde la Segunda Guerra Mundial (57), con evidencias de que este aumento ha podido ser de un modo indirecto, a través del aumento de síntomas acompañantes - conductas parasuicidas, suicidio juvenil, y abuso de sustancias (58). Sin embargo, todavía no se han realizado estudios transculturales sistemáticos que nos permitan profundizar en el conocimiento de estos aspectos y su relación con el TLP (57).

### **3.1.3. ETIOPATOGENIA**

La mayoría de autores en la actualidad conceptualizan el TLP como un trastorno que se va generando desde las primeras etapas del neurodesarrollo, resultado de la interacción entre factores constitucionales del individuo (vulnerabilidad biológica), y factores ambientales (estresores psicosociales) que el paciente afronta a lo largo de su maduración evolutiva (2, 31, 59, 60). Las diferencias fundamentales entre los diversos autores, más allá de la escuela teórica de adscripción de cada uno, radican en los aspectos de la psicopatología del paciente que identifican como elemento central sobre el que se articula el trastorno, aspectos, además, sobre los que van a estar dirigidos de manera preferente sus respectivos modelos terapéuticos. Así, desde la escuela de Kernberg se hará hincapié en el síndrome de difusión de identidad (18), mientras que desde la escuela de Linehan se focalizará en la disregulación emocional (34), y desde Londres Fonagy y Bateman nos hablarán de alteración en las habilidades de mentalización (60).

Desgranando los diferentes aspectos etiopatogénicos que han sido fruto de investigación en los últimos años, encontramos factores constitucionales (genéticos y neurobiológicos) y factores psicosociales. En lo relativo a los factores psicosociales, está reconocida una asociación clara con

experiencias tempranas de tipo traumático, que van desde la negligencia al abuso físico y sexual (1, 2), y, en general, con situaciones vitales adversas a lo largo de todo el ciclo vital de la persona (1). Marsha Linehan, dentro de su modelo biosocial, ha propuesto el término “ambiente invalidante” para referirse a aquel entorno que no permite la expresión de experiencias emocionales privadas (34), y que favorece el desarrollo de los aspectos de vulnerabilidad biológica de los futuros pacientes límite (59). Otros autores, más cercanos a la Teoría de la Mentalización, han puesto hincapié en el patrón de apego de estos pacientes en su infancia, hallando una relación significativa con patrones de apego inseguro y/o desorganizado (61). Cualquiera de estas condiciones, sin embargo, no se considera condición suficiente para el desarrollo de patología límite, en ausencia de los aspectos de vulnerabilidad biológica (62)

En cuanto a los aspectos genéticos del trastorno, se han realizado varios estudios de heredabilidad con gemelos para poder identificar qué porcentaje de la etiopatogenia del TLP corresponde a factores genéticos, estimándose ese valor entre el 40-60%, en función del estudio (6, 37, 63, 64). En ellos, en líneas generales se ha estimado que el valor de los aspectos familiares compartidos por los hermanos es muy pequeño, por lo que se considera al TLP un trastorno con una carga genética, por un lado, y una carga ambiental/familiar única, no compartida por los miembros de la familia, por el otro (63).

A pesar de existir una sólida evidencia acerca de la importancia de los factores genéticos en la etiopatogenia del trastorno, hasta el momento actual se han llevado a cabo diferentes estudios de asociación con polimorfismos de genes candidatos, del sistema serotoninérgico (5-HT) y dopaminérgico (DA), sin resultados concluyentes (1). Posiblemente, esto sea debido a que la base genética en el TLP corresponde a un modelo más complicado de interacción gen ambiente (GxE), en el que podemos decir de algún modo que es el ambiente quien modula la expresión génica (65). A este nivel, se han realizado estudios con polimorfismos de los sistemas anteriormente descritos (5-HT y DA) en relación con la exposición a eventos vitales adversos, pero tampoco se han llegado a datos concluyentes. En una reciente revisión de los estudios GxE en el TLP (8), los autores llegaron a la conclusión de que no se podía afirmar

todavía que existiera evidencia científica en lo relativo a una interacción GxE en el TLP, y recalcan como esto seguramente tenía que ver con las deficiencias metodológicas de los estudios analizados, principalmente en lo relativo al uso de muestras pequeñas y a una mala definición de las variables, sobre todo de los factores ambientales (8). En esta misma revisión, los autores acaban concluyendo que quizás el modelo que mejor podría explicar la influencia genética en el TLP sería un modelo de correlación gen ambiente (rGE), en el que la expresión génica modularía la exposición a los estímulos ambientales.

En este sentido, destaca un estudio reciente realizado por Distel (66), en el que se estudiaron, en un grupo de pares de hermanos gemelares y otro de pares de hermanos no gemelares, el cumplir criterios característicos de TLP - mediante un cuestionario autoadministrado -, y la presencia de eventos vitales adversos; encontrando correlaciones significativas para muchos efectos vitales adversos (divorcio, asalto con violencia, asalto sexual, pérdida de trabajo) y las características del TLP. Este hallazgo les hace sugerir que los genes relacionados con el TLP aumentan también la posibilidad de verse expuesto a situaciones vitales adversas (que pueden actuar como desencadenantes del TLP). Los autores de la revisión acaban concluyendo acerca de la necesidad de mejorar la metodología de los estudios genéticos en el TLP, y de centrar la búsqueda de hipótesis en la posibilidad de encontrar efectos rGE (8).

Siguiendo el modelo interactivo entre aspectos constitucionales y factores psicosociales, una buena parte de la investigación se ha centrado en los aspectos neurobiológicos del TLP (67, 68). Desde los trabajos pioneros de Siever y Davis a principios de los 90, en que definen como disposiciones psicobiológicas básicas del trastorno la disregulación o inestabilidad afectiva y el descontrol conductual ligado al concepto de agresión impulsiva (31, 69, 70), se ha profundizado en la delimitación de constructos psicobiológicos definidos, conceptualizados como endofenotipos del trastorno por algunos autores (21). De un modo general, se han delimitado tres dimensiones o disposiciones psicobiológicas fundamentales del TLP: la disregulación afectiva, la disregulación conductual (asociada con la agresión impulsiva), y las alteraciones relacionales (1, 59, 71). Algunos autores como Gunderson o Zanarini proponen una cuarta disposición psicobiológica fundamental, la

cognitiva (6, 72), que dispone de menor evidencia científica, pero que también parece ocupar un lugar fundamental en la psicopatología de estos pacientes, ligada a una alteración del sistema dopaminérgico (67).

De todas estas dimensiones, se han hecho estudios para intentar encontrar alteraciones en vías de neurotransmisión cerebral, habiéndose centrado la investigación sobre todo en los dominios impulsivo y afectivo. Se ha asociado la disfunción en los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico tanto con la agresión impulsiva como con la disregulación afectiva (59, 68). Los sistemas colinérgico y noradrenérgico se han asociado con la disregulación afectiva (59), mientras que también se ha relacionado con la disregulación afectiva la alteración en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (73). Recientemente, se está estudiando la función de los neuropéptidos cerebrales en el TLP, habiéndose visto alteraciones relacionadas con la disregulación afectiva, a través del sistema de opioides endógenos. Así, se ha relacionado la deficiencia de opioides endógenos, o la hipersensibilidad de sus receptores, con estados disfóricos, y con la mejoría experimentada en dicha disforia a través de las conductas autolesivas y el consumo de opioides (74). También se han estudiado mucho los neuropéptidos en relación con la dimensión de alteración relacional en el TLP, en concreto el sistema opioide con la sensibilidad al rechazo, y la oxitocina con la desconfianza interpersonal (74, 75).

La investigación a nivel neuroquímico del TLP se ha visto acompañada de una investigación a nivel neuroanatómico, a través de múltiples estudios de neuroimagen cerebral, tanto estructural como funcional. En una reciente revisión de estudios de Resonancia Magnética estructural (RMN) en pacientes con TLP, se encontró una reducción media de un 11% del volumen del hipocampo y de un 13% del volumen de la amígdala, proponiendo los autores este hallazgo como un posible endofenotipo del trastorno, a confirmar en futuras investigaciones. Los estudios de Resonancia Magnética Funcional (RMNf), por su parte, apuntan hacia una alteración en la red frontolímbica, que comprende el córtex cingular anterior, el córtex orbitofrontal, el córtex prefrontal dorsolateral, la amígdala y el hipocampo; en la que se produciría un fallo en las regiones corticales respecto a las límbicas en el control de las respuestas

cognitivas y afectivas (1, 68). En estos estudios funcionales están inmersos equipos de investigación españoles, con resultados muy interesantes relativos a la función e integridad neuroanatómica del córtex orbitofrontal en estos pacientes (76, 77).

Finalmente, reseñar que en los últimos años también se ha investigado acerca de las alteraciones neuropsicológicas presentes en pacientes con TLP. Se han encontrado resultados prometedores en lo relativo a la presencia de alteraciones cognitivas difusas en varias áreas, con mucha queja subjetiva por parte de los pacientes (78), la presencia de amnesia anterógrada en respuesta a estímulos negativos (79), y la presencia de patrones particulares de elementos relacionados con la cognición social, como es el hallazgo en un estudio de un patrón de empatía inverso (mayor componente afectivo que cognitivo), al de la población control (80).

En resumen, podemos afirmar que la etiopatogenia del TLP es muy compleja, y comprende factores genéticos, ambientales, biológicos y psicológicos en continua interacción. Si bien la investigación y el relato de la misma están muy centrados en las dimensiones psicobiológicas anteriormente comentadas, con las propuestas de endofenotipos ya señaladas, hay otros autores que, como ya se ha comentado anteriormente, ponen el foco en un lugar algo diferente. Desde un foco conceptual que mezcla conceptos de la teoría de las relaciones objetales con los de la psicología del yo, Kernberg pone mucho énfasis en describir los correlatos psicodinámicos asociados a las alteraciones neurobiológicas (2). Así, el núcleo de la patología límite tendría que ver con el síndrome de difusión de identidad, y los correlatos conductual y afectivo derivados de su presencia (24). Para Kernberg, estos pacientes se caracterizarían por una falta de integración en el concepto del self, o sí mismo, motivado por la falta de integración de las representaciones del sí mismo y de sus otros significativos, llevadas a cabo en momentos emocionales pico (2). Durante los últimos años, su equipo del PDI se ha dedicado a intentar integrar los conceptos psicodinámicos con los hallazgos neurobiológicos más recientes, enfatizando la importancia de no olvidar los correlatos estructurales de los síntomas que el paciente límite presenta.

Como ejemplo ilustrativo, recientemente John Clarkin publicó una revisión del concepto “límite” a la luz de todo el revuelo generado con el TLP y su concepto y diagnóstico con el DSM-5. (26). En él, hace una defensa de los conceptos de self, identidad, y patología relacional como centrales para entender el TLP. Además, apoya el uso en la investigación del TLP de los últimos avances en los métodos de evaluación, como el Ecological Momentary Assessment (EMA) - que engloba un conjunto de técnicas de recogida de datos que permiten que el individuo estudiado pueda informar sobre sus síntomas, afectos, conducta o cogniciones en un momento cercano a la experiencia; recogiendo estos datos de manera repetida mientras la persona se encuentra desempeñando sus actividades diarias habituales (81) -, y de técnicas de neuroimagen como la RMNf; ya que ambas permiten captar la disfunción de los pacientes en tiempo real. Clarkin también aboga por utilizar los conceptos procedentes de modelos dimensionales de personalidad normal como el modelo de procesamiento cognitivo-afectivo de Mischel y Shoda (CAP), que concibe la personalidad como distintas unidades cognitivo afectivas que forman una red entre sí, y median entre el ambiente y la respuesta conductual de la persona. Este modelo ha sido propuesto por varios investigadores en personalidad como una alternativa razonable al modelo de estudio actual (26). Con todo lo expuesto anteriormente, Clarkin une la teoría de Kernberg sobre las representaciones del self y objeto alteradas, con el concepto de sensibilidad al rechazo (RS) – concepto desarrollado a partir del CAP y que se refiere a la disposición a esperar ansiosamente, percibir fácilmente y reaccionar intensamente a las señales de rechazo en la interacción con los otros (82) -. Y postula cómo los pacientes límite, al presentar alteraciones en las representaciones del self y el objeto (las cuales actuarían como transportadoras de experiencias adversas tempranas a la vida adulta), se caracterizarían por la presencia de una alta RS en sus relaciones interpersonales, la cual se manifestaría en la presencia de intensa angustia en las situaciones relacionales, y se podría evaluar, por ejemplo, por la tendencia a malinterpretar caras neutras con desconfianza, en estudios de procesamiento facial (83). Si a esta predisposición le unimos las alteraciones de regulación emocional que el paciente TLP posee, ligada por los estudios de RMNf a

alteraciones de la red cerebral frontolímbica, estos pacientes se verán incapaces de regular sus emociones en las situaciones sociales de rechazo percibido, recurriendo al uso de defensas maladaptativas para poder manejarse en ellas (26).

Resumiendo, Clarkin propone un concepto diferente del TLP, que se distinguiría por ser una respuesta disregulada de estas personas para manejar su desconfianza en las relaciones interpersonales. Finalmente, concluye que los avances metodológicos nos pueden permitir superar un paradigma puramente fenomenológico en el TLP, ayudándonos a entender cómo los sistemas neurobiológicos están en la base de la organización de la personalidad, y cómo la conducta es una manifestación posterior de esta relación psicobiológica. De este modo, refiere, podríamos integrar el enfoque fenomenológico de John Gunderson con el enfoque estructural de Otto Kernberg (26).

#### **3.1.4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:**

El TLP se caracteriza por la presencia de un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en la afectividad, junto con una impulsividad intensa; que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos de la vida de la persona (9).

El diagnóstico es clínico, y está basado en una serie de síntomas que se exploran en la entrevista con el paciente. Además, podemos ayudarnos de entrevistas estructuradas y semi-estructuradas, y cuestionarios autoadministrados; pero en la realidad asistencial habitual, fuera del marco de investigación, su uso es limitado (84).

Existen dos grandes clasificaciones diagnósticas: el sistema DSM, de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9, 10). Se diferencian fundamentalmente en que la CIE-10 hace referencia al trastorno como “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad”, y diferencia dos

subtipos: el subtipo “impulsivo”, caracterizado sobre todo por la inestabilidad emocional y la impulsividad; y el subtipo “*borderline*”, caracterizado sobre todo por alteraciones en la autoimagen, objetivos y preferencias internas, sentimientos de vacío, relaciones interpersonales inestables, y conductas autodestructivas incluidas autolesiones e intentos de suicidio (10). El sistema de clasificación utilizado en este estudio, que es también el más utilizado tanto en clínica como en investigación, es el DSM (68).

Como se ha mencionado anteriormente, en su 5ª edición el DSM ha mantenido en la sección II (criterios y códigos diagnósticos) una actualización de la clasificación presente en el DSM-IV-TR; mientras que ha incluido un modelo alternativo híbrido categorial-dimensional en la sección III (modelos emergentes) (9).

Para recibir un diagnóstico de TLP según el DSM-5, el paciente debe cumplir un mínimo de 5 de los 9 criterios diagnósticos de TLP (ver tabla 1). Esto significa que existen 256 combinaciones diferentes con las que se puede cumplir el diagnóstico, y que dos pacientes diferentes pueden tener un único criterio en común (21). A pesar de ser un sistema politético, que no jerarquiza ni da más peso a unos síntomas sobre otros, en la práctica clínica la situación parece ser diferente. Diferentes estudios han visto como en la práctica sí que se da más valor para el juicio clínico a unos elementos sobre otros, por ejemplo un estudio demostró cómo la combinación del criterio 2 (relaciones interpersonales inestables) con el criterio 5 (conducta suicida o autolesiones) era normalmente suficiente para realizar el diagnóstico (85). Un aspecto de mucho interés, y que aún está pendiente de ser investigado en profundidad, es qué ocurre con los sujetos que cumplen algún criterio diagnóstico de TLP, pero no llegan a cumplir 5, con respecto a su funcionamiento psicosocial. En un trabajo reciente con una base grande de pacientes, se encuentra que los pacientes que cumplen 1 criterio de TLP, frente a los que no cumplen ninguno, tienen significativamente un peor funcionamiento; evaluado por tener más diagnósticos en eje I, más intentos de suicidio, más ideación suicida, más número de ingresos hospitalarios, y más días perdidos en el trabajo que los pacientes que no cumplen ningún criterio (86). Más recientemente, el mismo grupo, midiendo alguno de los 9 criterios individualmente frente a no tener



ninguno, encuentra que el criterio número 7 (sensación de vacío), es el único que se asocia a alteraciones en todos los criterios de mal funcionamiento psicosocial descritos anteriormente (87). Los criterios diagnósticos para el TLP según el DSM-5 están recogidos en la tabla 1.

**Tabla 1: Criterios diagnósticos TLP DSM-5 sección II (9)**

- 1- Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
- 2- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3- Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
- 4- Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
- 5- Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
- 6- Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
- 7- Sensación crónica de vacío.
- 8- Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- 9- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Siguiendo a Gunderson, podemos dividir los dominios sintomáticos del TLP en 4: síntomas de disregulación afectiva, síntomas de hipersensibilidad interpersonal, síntomas de descontrol conductual, y síntomas de alteraciones del self (21). Los tres primeros han sido establecidos como fenotipos del trastorno por varios autores, en base a estudios de análisis factorial, estudios familiares y correlatos neurobiológicos (6, 49, 75); mientras que el dominio de alteraciones del self enlaza con el concepto de identidad de la teoría de Kernberg y la escuela de relaciones objetales, e incluye los aspectos cognitivos del trastorno (21, 24).

- **Síntomas de disregulación afectiva:** abarcan los criterios número 6 (inestabilidad afectiva) y número 8 (enfado y dificultades para controlar la ira). Son considerados el núcleo psicopatológico del TLP desde la teoría biosocial de Linehan (34) y sus seguidores (59). Se considera que las alteraciones del humor en pacientes con TLP son de corta duración, pueden ocurrir a lo largo de todo el ciclo vital de la persona, se desencadenan en respuesta a estímulos ambientales - particularmente en relación con sentimientos de rechazo, fracaso y abandono -, y oscilan entre la depresión y la disforia, siendo raros los momentos de euforia franca (84, 88). Desde modelos de personalidad normal y patológica, se ha visto que los síntomas afectivos están relacionados con la presencia del rasgo patológico de personalidad afectividad negativa (89).
- **Síntomas de hipersensibilidad interpersonal:** abarcan los criterios número 1 (esfuerzos por evitar el abandono), número 2 (relaciones inestables con idealización/devaluación) y número 7 (sensación crónica de vacío). Son considerados el núcleo psicopatológico del TLP desde autores como Gunderson (90), o la teoría de la Mentalización (60). Enlazan también con aspectos como la Sensibilidad al Rechazo (RS) de la teoría CAP de Mischel and Shoda (26, 83). Estudios retrospectivos de la evolución de estos pacientes han visto como, debido fundamentalmente a estos síntomas, menos de la mitad de las mujeres con TLP se casan, y aún menos tienen hijos (91). Además, un aspecto

clínico que se observa habitualmente con algunos pacientes con el tiempo, es que acaban por aislarse socialmente para protegerse de sufrir aspectos relacionados con el abandono (84).

- **Síntomas de descontrol conductual:** abarcan los criterios número 4 (impulsividad en dos o más áreas potencialmente peligrosas) y número 5 (conducta suicida y parasuicida). A pesar de que estos síntomas no constituyen ningún lugar central en los principales modelos clínicos conceptuales del trastorno, tienen una importante base neurobiológica, ligados al dominio psicobiológico de agresividad impulsiva (21, 49, 69). De hecho, los últimos desarrollos de la teoría biosocial de Linehan dan a la impulsividad un lugar central en la etiopatogenia del trastorno, actuando como factor de vulnerabilidad temprana anterior a la disregulación emocional (59). Además, la impulsividad parece estar muy relacionada con determinadas comorbilidades muy frecuentes en el TLP, como son los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS), el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), y el Trastorno Antisocial de Personalidad (TPA) (57, 68, 71).

Un lugar destacado en las manifestaciones clínicas de los pacientes con TLP lo ocupan las autolesiones y las amenazas e intentos suicidas. Como se ha comentado anteriormente, desde un punto de vista clínico la presencia de autolesiones o intentos de suicidio parece ser un elemento fundamental a la hora de hacer un diagnóstico de TLP (1, 85).

En los estudios realizados hasta la fecha con población TLP, se han asociado como factores psicopatológicos predictivos de riesgo de intentos suicidas: la inestabilidad afectiva (92), el rasgo de personalidad afectividad negativa (93), y la impulsividad (94). La prevalencia de intentos de suicidio se sitúa entre el 46-92% de los pacientes, y el suicidio consumado entre el 3-10% de los mismos (95). Como comentábamos anteriormente, estas tasas de suicidio son 50 veces superiores a las de la población general (4). Centrándonos más en

variables sociodemográficas y clínicas, se han asociado como factores de riesgo de suicidio en población TLP algunos factores comunes con otros grupos de alto riesgo suicida, como tener una edad avanzada, un bajo nivel socioeconómico, o la presencia de estresores a nivel social, vocacional o financiero. Pero también se han encontrado algunos factores más específicos como la presencia de múltiples intentos suicidas y la comorbilidad con TPA y TUS (96).

Mientras tanto, las amenazas suicidas se han asociado más en los estudios clínicos a aspectos relacionados con la hipersensibilidad interpersonal, como el sentirse abandonado, desesperanzado y herido, y el ser demandante y manipulativo con los otros (97).

Finalmente, estudios realizados acerca de las conductas autolesivas nos muestran tasas de autolesiones entorno al 90% en pacientes con TLP (98). Típicamente, responden a razones de tipo interpersonal (estar enfadado o frustrado con alguien, o buscar atención), o a estados disfóricos internos como modo de aliviar tensión emocional, reducir sentimientos desagradables, o autocastigarse (99).

- **Síntomas de alteraciones del self:** abarcan los criterios número 3 (alteración de la identidad) y número 9 (ideas paranoides transitorias y síntomas disociativos graves). Las alteraciones de la identidad se incorporaron al constructo del TLP en 1979, siguiendo las contribuciones de Kernberg (21). Hasta el momento, es posiblemente el criterio clínico menos estudiado, sobre todo en lo relativo a su correlación con la evolución sintomática y funcional de estos pacientes.

El criterio número 9 se incorporó al constructo de TLP en 1994, con el DSM-IV, como “experiencias de tipo psicótico”, en base a que, en varios estudios realizados en las décadas de los 70 y los 80 en pacientes con TLP, no se encontraron experiencias psicóticas parecidas a las de los pacientes esquizofrénicos, pero si frecuentes fenómenos de

despersonalización e ideas de referencia (72). Las “experiencias de tipo psicótico” han sido objeto de creciente interés en los últimos años, englobándose en un fenotipo amplio denominado “alteraciones cognitivas”. En un trabajo reciente, Zanarini estudió estas experiencias en una muestra de pacientes a lo largo de 16 años, dividiéndolas en 3 tipos, medidas por la escala cognitiva de la escala DIB-R (100): aspectos extraños de pensamiento no psicótico (pensamiento extraño, experiencias perceptivas no delirantes – donde están incluidos los fenómenos de despersonalización y desrealización - y vivencias paranoides no delirantes); experiencias casi psicóticas (alucinaciones o delirios limitados en el tiempo, circunscritos a algún área de la vida de la persona, y con temáticas no bizarras); y experiencias verdaderamente psicóticas (alucinaciones o delirios que engloban todas las áreas de funcionamiento de la persona, mantenidas en el tiempo, y con temáticas alejadas de la realidad habitual). Los resultados obtenidos fueron que entre un 75-85% de los pacientes presentaban los aspectos extraños de pensamiento no psicótico, un 57% presentaban experiencias casi psicóticas, y menos de un 10% experiencias psicóticas verdaderas. Por lo tanto, podemos ver que los síntomas cognitivos son muy frecuentes en estos pacientes.

Un aspecto fundamental de la clínica y el diagnóstico del TLP, hace referencia a la presencia de comorbilidad con otros diagnósticos, hasta el punto de que una muestra sin comorbilidades no se considera representativa de una población con TLP (49). La gran heterogeneidad clínica que presenta el diagnóstico de TLP, como hemos visto anteriormente, facilita la existencia de trastornos comórbidos en un altísimo porcentaje de pacientes: en los grandes estudios poblacionales se han visto porcentajes de un 84,5% de comorbilidad en eje I en los últimos 12 meses, y de un 74,9% de comorbilidad en eje II a lo largo de la vida del paciente con TLP (44, 53). Los diagnósticos comórbidos más frecuentes en el TLP son:

- **Trastornos afectivos:** los últimos datos provenientes del *National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC), realizado en EEUU, muestran una co-ocurrencia a lo largo de la vida de algún trastorno afectivo en personas con TLP de un 82,7%, siendo el episodio depresivo mayor el más común (46). La comorbilidad con el trastorno bipolar también ha sido objeto de estudio, desde los trabajos que consideraban al TLP como parte del “espectro bipolar” (101), hasta revisiones recientes que afirman de manera inequívoca que son dos entidades diferentes (102). En los diferentes estudios de muestras clínicas, la prevalencia de trastorno bipolar en pacientes con TLP se sitúa en torno al 10% para el tipo I, y el 10% para el tipo II; dando una prevalencia combinada entorno al 20% (103); aunque algún estudio poblacional ha dado una estimación mayor - hasta de un 40% (44, 53).
- **Trastornos de ansiedad:** los últimos datos del NESARC muestran una co-ocurrencia a lo largo de la vida de algún trastorno de ansiedad en personas con TLP de un 84,8% (46). Se incluye aquí el TEPT, cuya prevalencia en personas con TLP se estima en torno al 30% (104).
- **Trastornos por uso de sustancias:** los últimos datos del NESARC muestran una co-ocurrencia a lo largo de la vida de algún TUS en personas con TLP de un 78,2% (46). Las asociaciones más significativas se encontraron con el alcohol, la cocaína y los opiáceos (105). Estudios previos con muestras clínicas, como la del MSAD, habían mostrado tasas de comorbilidad en cerca del 50% de los pacientes estudiados (106). Como explicación a esta comorbilidad, se han estudiado factores de vulnerabilidad biológica comunes en torno al dominio psicobiológico “impulsividad” (68).
- **TDAH:** la relación entre el TLP y el TDAH se ha estudiado mucho en los últimos años, con grupos de investigación que postulan la existencia de un subtipo “impulsivo” de pacientes con TLP caracterizado por su

comorbilidad con el TDAH (107). Los datos de comorbilidad en muestras clínicas se estiman en torno al 15% (108).

- **Otros Trastornos de Personalidad (TP):** los últimos datos del NESARC muestran una co-ocurrencia a lo largo de la vida de otros trastornos de personalidad en personas con TLP de un 52,6%, siendo los más frecuentes el narcisista y el antisocial (ambos en torno al 20%) (46). En muestras españolas, se ha descrito una elevada comorbilidad con el trastorno depresivo, el trastorno paranoide, el trastorno pasivo-agresivo y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (100). La relación entre el TLP y el TPA ha sido también muy estudiada en la literatura científica, viéndose que comparten elementos comunes en torno al dominio psicobiológico “impulsividad agresiva” (57, 69).

Hasta este punto, se han tratado de resumir las características clínicas y diagnósticas del concepto categórico vigente de TLP, cuya validez clínica ha sido defendida por autores como Gunderson, Paris, o incluso Kernberg (2, 31, 62). En paralelo, el DSM-5 incluye para los trastornos de personalidad una clasificación híbrida categorial-dimensional, en la que se reduce el número de categorías diagnósticas a seis, junto a una categoría nueva (trastorno de personalidad especificado por rasgos), que sustituye a la antigua “no especificado”. En esta clasificación alternativa, los trastornos de personalidad se definen por presentar dificultades moderadas o graves en el funcionamiento de la personalidad, y por presentar una serie de rasgos de personalidad patológicos (9), que se ha visto correlacionan bien con el modelo de personalidad de los cinco factores (19). Las dificultades en el funcionamiento de la personalidad se medirán a través del uso de la escala del nivel de funcionamiento de la personalidad (LPFS), que puede puntuar entre 0 – ningún deterioro – y 4 – deterioro extremo. Para el diagnóstico de cualquier TP, deberá puntuar 2 o más en al menos 2 de los 4 dominios de la escala (9). En el caso del TLP, se deben cumplir, además, cuatro o más de una serie de rasgos patológicos de personalidad, uno de los cuales debe obligatoriamente ser

impulsividad, asunción de riesgos u hostilidad (ver tabla 2). Este modelo está siendo estudiado y defendido por diferentes grupos de investigación en la actualidad (19, 42). Las características diagnósticas del TLP en este modelo alternativo vienen recogidas en la tabla 2.

<b>Tabla 2: Criterios diagnósticos propuestos TLP DSM-5 sección III (9)</b>	
<b>A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:</b>	
1.	<b>Identidad:</b> autoimagen marcadamente pobre, poco desarrollada o inestable, a menudo asociada a un exceso de autocrítica; sentimientos crónicos de vacío; estados disociativos bajo estrés.
2.	<b>Autodirección:</b> inestabilidad en las metas, aspiraciones, valores o planes de futuro.
3.	<b>Empatía:</b> capacidad disminuida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, asociada a la hipersensibilidad interpersonal (con tendencia a sentirse menospreciado o insultado); percepciones de los demás sesgadas selectivamente hacia atributos negativos o vulnerables.
4.	<b>Intimidad:</b> relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por la desconfianza, la necesidad, y la preocupación ansiosa por un abandono real o imaginario; las relaciones íntimas son vistas dicotómicamente entre la idealización y la devaluación, que conlleva la alternancia correspondiente entre sobreimplicación y distanciamiento.
<b>B. Cuatro o más de los siguientes siete rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales deber ser impulsividad, toma de riesgos, u hostilidad.</b>	
1.	<b>Labilidad emocional</b> (un aspecto de la afectividad negativa)
2.	<b>Ansiedad</b> (un aspecto de la afectividad negativa)
3.	<b>Inseguridad de separación</b> (un aspecto de la afectividad negativa)
4.	<b>Depresión</b> (un aspecto de la afectividad negativa)
5.	<b>Impulsividad</b> (un aspecto de la desinhibición)
6.	<b>Toma de riesgos</b> (un aspecto de la desinhibición)
7.	<b>Hostilidad</b> (un aspecto del antagonismo)



### **3.1.5. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

El diagnóstico de TLP es fundamentalmente clínico, pero existen dos tipos fundamentales de instrumentos de evaluación - las entrevistas y los cuestionarios - que pueden ayudar al clínico en el diagnóstico, aumentando la fiabilidad del mismo (14, 67). También es importante la información que puedan proveer familiares e informantes externos (109). Investigaciones recientes muestran como los instrumentos de evaluación mejoran la validez predictiva de los diagnósticos de trastorno de personalidad a los 5 años (110).

Las entrevistas semi-estructuradas basadas en la taxonomía psiquiátrica del DSM, son actualmente el estándar de referencia para realizar diagnósticos de trastorno de la personalidad. Tienen la ventaja de que permiten recoger respuestas más complejas, interpretar síntomas vagos o inconsistentes, y reducir al mínimo las respuestas incompletas; y también parecen discriminar mejor entre rasgos de personalidad y trastornos del eje I. Su mayor desventaja tiene que ver con el tiempo necesario para su administración, que puede llegar hasta varias horas en las entrevistas que engloban todos los trastornos de personalidad (14). Se dividen entre generales para todos los trastornos de personalidad, y específicas para el TLP. Dentro de las generales, que dispongan de una versión española, tenemos:

- Examen internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE) (111)
- Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad (SCID-II) (112)
- Entrevista diagnóstica para los trastornos de la personalidad del DSM-IV (DIPD-IV) (113)

Y entre las específicas para el TLP:

- Entrevista diagnóstica para el trastorno límite – revisada (DIB-R) (100).

Por su parte, los cuestionarios autoadministrados tienen una mayor utilidad en la práctica clínica que las entrevistas semi-estructuradas. Tienen la ventaja de que ahorran tiempo del profesional, permiten una amplia utilización, reducen la presencia de elementos defensivos en las respuestas y, debido a su

mayor estandarización, suelen presentar propiedades psicométricas superiores. Su principal desventaja es que no permiten asegurar, en el mismo grado que la entrevista, que los resultados reflejen realmente el funcionamiento del paciente a lo largo de la vida sin contaminación del estado psicopatológico actual (14). Los cuestionarios pueden estar basados en la taxonomía DSM, o en modelos dimensionales de personalidad. Dentro de los que están basados en la taxonomía DSM, los más utilizados que dispongan de versión en castellano son:

- Cuestionario diagnóstico de la personalidad (PDQ-4+) (114)
- Inventario clínico multiaxial de Millon-III (MCMI-III) (115)
- Escalas de trastorno de la personalidad del MMPI 2 (MMPI 2-PD) (116)
- Lista de síntomas del trastorno límite (BSL-23) (117)

Dentro de los cuestionarios que evalúan otros modelos más dimensionales, tanto de personalidad normal como patológica, los más utilizados con versión en castellano son:

- Inventario de personalidad NEO – revisado (NEO PI-R) (118)
- Inventario de temperamento y carácter-revisado (TCI-R) (119)
- Cuestionario de personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ) (120)
- Evaluación dimensional de la patología de la personalidad-cuestionario básico (DAPP-BQ) (121)

Además, frecuentemente se utilizan otros cuestionarios y entrevistas no tanto para el diagnóstico, como para medir la gravedad y la funcionalidad del paciente. Las dos más utilizadas son:

- Impresión clínica global para el TLP (CGI-BPD) (122)
- Escala para la evaluación de la actividad global (GAF) (33)

El SCID-II y la DIB-R son las dos entrevistas más utilizadas en la actualidad para el diagnóstico del TLP, tanto en la clínica como en investigación (68).

### 3.1.6. EVOLUCIÓN

El concepto acerca del curso y el pronóstico de los pacientes con TLP ha ido cambiando con el tiempo. De plantearse como un trastorno de la edad adulta, estable en sus características clínicas, y de evolución crónica; actualmente se cree que tiene una evolución mucho más variable, con un inicio frecuentemente situado en la adolescencia, altas tasas de remisión sintomática, y persistencia con los años de importantes dificultades a nivel funcional (1, 123).

La evidencia científica actual nos dice que el TLP es un trastorno cuya sintomatología frecuentemente empieza en la adolescencia, y que, de ser así, puede y debe ser diagnosticado en esta época de la vida (124). La guía de práctica clínica sobre el TLP publicada en Cataluña en el año 2011, por ejemplo, recomienda hacer el diagnóstico de TLP a partir de los 16 años de edad, siempre que los pacientes lleven por lo menos 1 año de evolución sintomática (14). ¿Qué nos dice la literatura actual sobre el TLP y la adolescencia? La prevalencia del TLP en población adolescente se ha estimado entre un 0,9-3,2%; similar a la de la población adulta (125). Revisiones actuales de grupos de investigación destacados en el estudio del TLP en la adolescencia han visto que estos adolescentes presentan frecuentes conductas de riesgo, frecuentes conductas autolesivas, una gran comorbilidad psiquiátrica, y un marcado deterioro psicosocial, tanto a nivel escolar como relacional (126). Concluyen que el diagnóstico de TLP en adolescentes ha demostrado ser tan válido y estable como en la población adulta, y además está asociado a la entrada en programas de intervención precoz y tratamiento que están demostrando eficacia en diferentes lugares del mundo (127). Por ejemplo, desde hace algunos años, y con muy buenos resultados, se viene llevando a cabo en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid un programa de atención a pacientes adolescentes con inestabilidad emocional grave y TLP ([www.hggm.es/ua](http://www.hggm.es/ua)). Este programa, que es una adaptación de la DBT de Marsha Linehan revisada para población adolescente americana por Alec Miller, se denomina programa ATraPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia), y recientemente ha publicado un manual para psicólogos y psiquiatras (128).

Los grandes estudios con población clínica con TLP realizados en EEUU en los últimos años – el MSAD y el CLPS -, nos han mostrado cómo la evolución de los pacientes con TLP es mucho mejor de lo que se pensaba, con tasas de remisión sintomática a 16 años del 78-99% de los pacientes (11), o del 85% a 10 años (12). Las tasas de recurrencia sintomática encontrada también han sido bajas, entre un 36% después de dos años y un 10% después de ocho años en el estudio del MSAD, y de un 12% en el del CLPS (11). Comentar brevemente, a modo explicativo, que el MSAD sigue una cohorte de 290 pacientes con diagnóstico de TLP y 72 pacientes con otros diagnósticos de TP, reclutados desde una unidad de hospitalización (129); mientras que el CLPS sigue una muestra más amplia de pacientes, reclutados fundamentalmente a nivel ambulatorio, con diagnósticos de cuatro trastornos de personalidad (uno de ellos el TLP), frente a un grupo control con diagnóstico de trastorno depresivo mayor (130). Estas diferencias de base pueden justificar diferencias entre los datos de ambos estudios.

A raíz de estos grandes estudios, se ha puesto el foco también sobre qué aspectos de la psicopatología del TLP mejoran más o menos con el paso del tiempo. Aquí, hay diferencias entre estudios que muestran una mejoría mayor en criterios que se englobarían dentro de las alteraciones conductuales (muy relacionadas con la impulsividad), y no tanta mejoría en las alteraciones afectivas y emocionales (55); y otros como el de Gunderson anteriormente mencionado, donde los 9 criterios del TLP mejoran por igual (12). Sin embargo, podemos decir que la mayoría de autores está más de acuerdo con una mejoría sintomática no uniforme en los pacientes con TLP, y en este sentido diferentes estudios realizados recientemente con modelos dimensionales de personalidad, parecen apuntar más hacia este último supuesto (42, 131, 132).

En lo que todos los autores y estudios están de acuerdo, es en que los pacientes con TLP presentan importantes dificultades de funcionamiento ya desde la adolescencia (126), y que estas alteraciones no mejoran mucho con el paso de los años. Así, Zanarini observa que los pacientes con TLP presentan unas tasas de recuperación funcional bastante bajas, en torno a un 40-60%, tomando como definición de buen funcionamiento psicosocial mantener al menos una relación emocional significativa, y mantener un desempeño laboral

y/o académico aceptable. Además, los pacientes que recuperaban la funcionalidad, la perdían posteriormente en 1/3 de los casos (11). Por su parte, en su estudio a 10 años Gunderson encuentra que solo un 21% de los pacientes alcanza un buen funcionamiento psicosocial (12). Pero no es solo que los pacientes con TLP tengan más dificultades a nivel vocacional y relacional, si no que su pronóstico vital también es mucho peor. Un estudio reciente con las pacientes del MSAD muestra como los pacientes que no alcanzan niveles de funcionalidad aceptables tienen un estilo de vida menos saludable y significativamente más enfermedades médicas (133); sin olvidarnos tampoco de las tasas de suicidio 50 veces superiores a la población general (4). Tanto es así, que otro estudio reciente muestra como los pacientes con trastorno de personalidad (sin especificar por categorías) tienen una expectativa de vida 18 años menor que la población general (134).

Con todos estos datos, no es de extrañar que el foco de la investigación acerca de los tratamientos del TLP se esté empezando a poner en la mejoría de su funcionalidad. Así, Zanarini y Gunderson ya reclaman en sus trabajos una perspectiva rehabilitadora para el tratamiento del TLP (12, 28); y otro referente del campo de la investigación y la clínica del TLP como Joel Paris recientemente ha propuesto un modelo de tratamiento rehabilitador (29).

Puesto el foco de la comunidad psiquiátrica actual en la recuperación funcional de los pacientes con TLP, resulta interesante recordar la editorial del *American Journal of Psychiatry* que Kernberg publicó en el año 2009, cuando todavía no se disponía de la evidencia abrumadora que han aportado los últimos datos de los grandes estudios clínicos con población TLP, pero él sí que podía dar cuenta de sus más de 40 años tratando a estos pacientes. Así, escribe:

“...Un descubrimiento emergente es que mientras los síntomas principales que definen al TLP parecen responder bastante bien a formas específicas y bien estructuradas de terapia cognitiva o psicodinámica, las disposiciones básicas de personalidad subyacentes puede que permanezcan invariables. Los pacientes límite, 20 o 30 años después de terminar su tratamiento, todavía muestran un empobrecimiento de su personalidad: una falta de efectividad y satisfacción en sus vidas, trabajo y profesiones;

una falta de estabilidad en sus relaciones amorosas y sexuales y para establecer familias; y dificultades para sobreponerse al aislamiento social...”

### 3.1.7. **TRATAMIENTO**

El tratamiento de elección para el TLP es el tratamiento psicoterapéutico, estando reservada la farmacoterapia como tratamiento coadyuvante de síntomas de estado presentes en periodos de descompensación aguda, o para determinados rasgos de vulnerabilidad (38).

Existen diferentes modalidades de tratamiento psicoterapéutico que han mostrado eficacia en ensayos clínicos controlados, y se utilizan de manera global. La última revisión de la red Cochrane, de 2012, concluye que existe evidencia de efectos beneficiosos de varias terapias, aunque deben mejorarse aspectos metodológicos y replicarse los efectos en estudios posteriores (13). Las terapias que destaca esta revisión en sus conclusiones son:

- **Terapia dialéctico conductual (DBT) (34):** desarrollada por Marsha Linehan en 1993, se considera el tratamiento actual con mayor evidencia científica para el tratamiento del TLP, con varios ensayos clínicos con resultados positivos en esta población (13, 135-137). Basada en un modelo biosocial, donde la disregulación emocional es la característica nuclear de la persona con TLP, la DBT combina técnicas propias del modelo de terapia cognitivo conductual con prácticas y procedimientos de aceptación incluidos en prácticas contemplativas y principios Zen. Consta de cuatro modalidades de tratamiento integradas: terapia individual, grupo de enseñanza de habilidades psicosociales, llamadas telefónicas, y grupo de supervisión y apoyo al terapeuta (138). La duración del programa completo es de aproximadamente un año, y frecuentemente se repite un segundo año. Se considera la terapia de elección sobre todo para aquellos pacientes con muchas conductas suicidas y parasuicidas, o para aquellos en que predominan los síntomas de disregulación emocional; y, en general, en las fases iniciales de tratamiento de los pacientes con TLP (2).

- **Terapia basada en la mentalización (MBT) (36):** desarrollada por Anthony Bateman y Peter Fonagy como un programa pionero de atención al TLP en un régimen de hospitalización parcial (35), su uso y aplicaciones han ido extendiéndose progresivamente con el paso de los años. Con influencias de la teoría del apego, modelos cognitivos y evolutivos, las neurociencias, y autores psicodinámicos como Bion, el tratamiento está organizado para facilitar la capacidad reflexiva o capacidad de mentalizar de los pacientes en el contexto de terapias individuales y de grupo. Bateman y Fonagy definen la mentalización como la capacidad implícita y explícita de interpretar las acciones propias y de los otros, en base a estados mentales (deseos, intenciones, sentimientos y pensamientos); y centran la terapia en la mentalización o función reflexiva, y no en la conducta del paciente. Su programa de tratamiento está organizado para ser implementado fundamentalmente en un régimen de hospitalización parcial (138).
- **Psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP) (40):** desarrollada por John Clarkin, Frank Yeomans y Otto Kernberg desde el PDI de la Universidad de Cornell, constituye el primer ejemplo de manualización y validación científica de una psicoterapia de orientación psicoanalítica para su aplicación en pacientes con patología mental grave. Se trata, pues, de una psicoterapia psicoanalítica modificada específicamente para los pacientes límite. Así, se realiza cara a cara, con frecuencia media de dos sesiones a la semana, incluye un contrato terapéutico, el terapeuta muestra una actitud activa, y se centra en el aquí y ahora de la sesión y, particularmente, en la interpretación sistemática de la transferencia que se genera durante la sesión terapéutica, a través de ciclos repetidos de clarificación, confrontación e interpretación. La duración de la terapia es prolongada (2 a 5 años), y el objetivo del tratamiento es, a través de estos ciclos interpretativos repetidos, integrar las representaciones parciales del self y el objeto que estos pacientes tienen escindidas en su mundo interno, y así poder resolver el síndrome de difusión de identidad que estos pacientes presentan, tratando de este

modo de mejorar su funcionamiento a nivel interpersonal y social (139). Dos estudios de este mismo año muestran como la TFP se asocia a mejoras en la función reflexiva (140), y a cambios en la red neural frontolímbica de los pacientes (141).

- **Terapia centrada en esquemas (SFT) (142):** desarrollada por Jeffrey Young, se trata de una terapia cognitiva alternativa al modelo clásico de Beck, y adaptada a la población límite. Su premisa teórica es que los pacientes con TLP adquieren unos esquemas disfuncionales tempranos de pensamiento ante los que desarrollan estilos de afrontamiento y respuestas desadaptativas, para evitar las emociones intensas asociadas a dichos esquemas. La terapia de Young trata de modificar estos esquemas y los elementos emocionales, corporales y cognitivos asociados; buscando en último término el cambio de los estilos de afrontamiento desadaptativos por otros más eficaces (138).
- **STEPPS (*Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving*) (143):** desarrollada por Nancy Blum, se trata de una terapia grupal para el desarrollo de habilidades basado en la terapia cognitivo conductual, que incluye elementos de la terapia de sistemas. Consta de 20 sesiones de dos horas de duración, con frecuencia semanal, e incluye una sesión de dos horas para los familiares y allegados con los miembros del equipo de tratamiento, para presentarles los conceptos y las habilidades que les permitirán dar apoyo y refuerzo a las habilidades de los participantes. Se ha diseñado para ser utilizada como complemento a otras formas de tratamiento (56).

Existen otras modalidades como la Terapia Cognitivo-Analítica, la Terapia Cognitivo Conductual o la Terapia Interpersonal grupal que también se utilizan para el tratamiento del TLP, pero que – según los autores de la revisión citada - hasta el momento no presentan el volumen de evidencia científica de las anteriores. Y, como hemos comentado anteriormente, las intervenciones de rehabilitación psicosocial están comenzando a plantearse como una alternativa



eficaz para tratar de mejorar las altas tasas de deterioro funcional de los pacientes con TLP. En esta línea se engloba un trabajo recién publicado por Pascual, realizado en varios centros de nuestro país, en el que se evalúa la eficacia de un programa de rehabilitación cognitiva frente a un programa de psicoeducación, ambos de 16 semanas de duración, en una muestra de 72 pacientes con TLP. Los resultados obtenidos por los autores les hacen concluir que ambas intervenciones parecen ser eficaces para mejorar el desempeño funcional diario en los pacientes con TLP (144).

Respecto al tratamiento psicofarmacológico, se considera un tratamiento coadyuvante al psicoterapéutico. La guía clínica de la APA de 2001 recomendaba el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) para los síntomas afectivos, ISRS y antipsicóticos a dosis bajas para los síntomas conductuales impulsivos, y los antipsicóticos para los síntomas cognitivo perceptuales (38). Desde entonces, sin embargo, se han ido realizando diferentes estudios con psicofármacos en el TLP, y el nivel de recomendación de su uso sigue siendo muy discutido. La última revisión de la red Cochrane, de 2010, concluye que el mayor nivel de evidencia de uso de fármacos sería para los antipsicóticos atípicos (olanzapina y aripiprazol) y para los estabilizadores del ánimo (lamotrigina, topiramato y ácido valproico); con un nivel de evidencia pequeño, pero mayor que el de los ISRS de los que no encuentran ningún nivel de evidencia como para recomendar su uso (145). Uno de los autores de ese trabajo, firma un artículo de este mismo año en el que encuentra evidencia – siempre pequeña - de uso de antipsicóticos atípicos a dosis bajas, estabilizadores del ánimo y ácidos omega 3; y sigue sin encontrar ninguna evidencia científica para el uso de ISRS (146). Por otro lado, este mismo año Mary Zanarini ha publicado un estudio con su base de pacientes del MSAD, donde encuentra como, tras 16 años de tratamiento y aún con altas tasas de remisión sintomática, un 50% de los pacientes tienen prescrito un antidepresivo, y un 25% un estabilizador del ánimo, antipsicótico o ansiolítico (147). Estas prácticas, obtenidas de una muestra clínica representativa, parecen más frecuentes que lo que la prescripción farmacológica basada en la evidencia nos recomienda.

### 3.2. LA ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD

En 1967, Otto Kernberg publicó su artículo seminal “*Borderline Personality Organization*” (18), en el que expone su concepto de organización límite de personalidad (OLP), dentro de un modelo de organización estructural de la personalidad. Este concepto, y sus desarrollos posteriores, están básicamente recogidos en dos libros fundamentales: “*Borderline conditions and pathological narcissism*”, de 1975 (24); y “*Severe Personality Disorders*”, de 1984 (148). Los dos han sido traducidos al castellano, y han sido la guía para escribir este capítulo.

#### 3.2.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Para Kernberg, el concepto de personalidad integra todas las estructuras y funciones psicológicas del individuo. Engloba tanto la percepción del sí mismo y de los otros (transversal y longitudinalmente), como la capacidad de evaluación y adaptación al entorno. Para él, la personalidad es la estructura supraordinada que resulta de la combinación de cuatro elementos fundamentales:

- **Temperamento:** la disposición genética que modula la intensidad de los afectos, las percepciones, las cogniciones y la conducta de la persona.
- **Carácter:** la integración de los patrones de conducta habitual dentro de una estructura. Refleja un patrón habitual de conducta o respuesta ante los estímulos ambientales. De alguna manera, refleja la manifestación conductual de la identidad del individuo.
- **Inteligencia:** el potencial de la persona para la evaluación cognitiva.
- **Sistema de valores morales (superyó):** una organización jerárquica influenciada por sistemas de valores integrados de un modo dinámico.

Así, aunando elementos procedentes tanto de la psicología del yo como de la escuela de relaciones objetales, Kernberg propone cuatro organizaciones estructurales amplias: una estructura de personalidad normal,

caracterizada por su flexibilidad y capacidad adaptativa; y tres estructuras patológicas que se diferencian fundamentalmente en términos del grado de integración de su identidad, de los tipos de operaciones defensivas predominantes, y de su capacidad para la prueba de realidad. En cada caso, la organización estructural desarrolla la función de estabilizar el aparato mental, mediando entre los factores etiológicos y las manifestaciones conductuales directas de la enfermedad. Las características diferenciales fundamentales de estas tres estructuras clínicas vienen reflejadas en la tabla 1 (148)

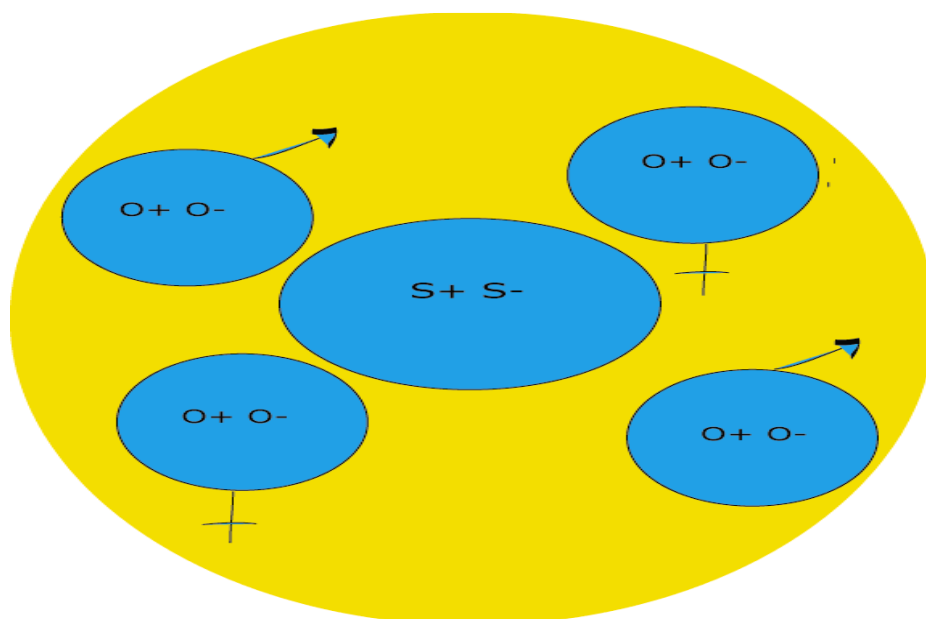
**Tabla 1: DIFERENCIACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN DE PERSONALIDAD**

(adaptada de Otto Kernberg, Trastornos Graves de Personalidad, 1992) (148)

	<b>INTEGRACIÓN DE LA IDENTIDAD</b>	<b>OPERACIONES DEFENSIVAS</b>	<b>CAPACIDAD PRUEBA DE REALIDAD</b>
<b>ORGANIZACIÓN NEURÓTICA</b>	Identidad integrada.	Represión y defensas de alto nivel	Preservada
<b>ORGANIZACIÓN LÍMITE</b>	Síndrome de difusión de identidad	Escisión y defensas de bajo nivel	Preservada salvo pérdida temporal en situaciones de estrés
<b>ORGANIZACIÓN PSICÓTICA</b>	Síndrome de difusión de identidad o identidad de delirio	Escisión y defensas de bajo nivel, la interpretación conduce a la regresión.	Alterada

Las figuras 1 y 2 muestran gráficamente las diferencias entre una identidad integrada, caracterizada por la integración de las representaciones del sí mismo y los otros significantes; y el síndrome de difusión de identidad, caracterizado por la falta de integración de dichas representaciones.

**Figura 1: IDENTIDAD INTEGRADA** (adaptado de Frank Yeomans: *Transference Focused Psychotherapy for Borderline and Other Personality Disorders*, comunicación oral en Bilbao, año 2012)

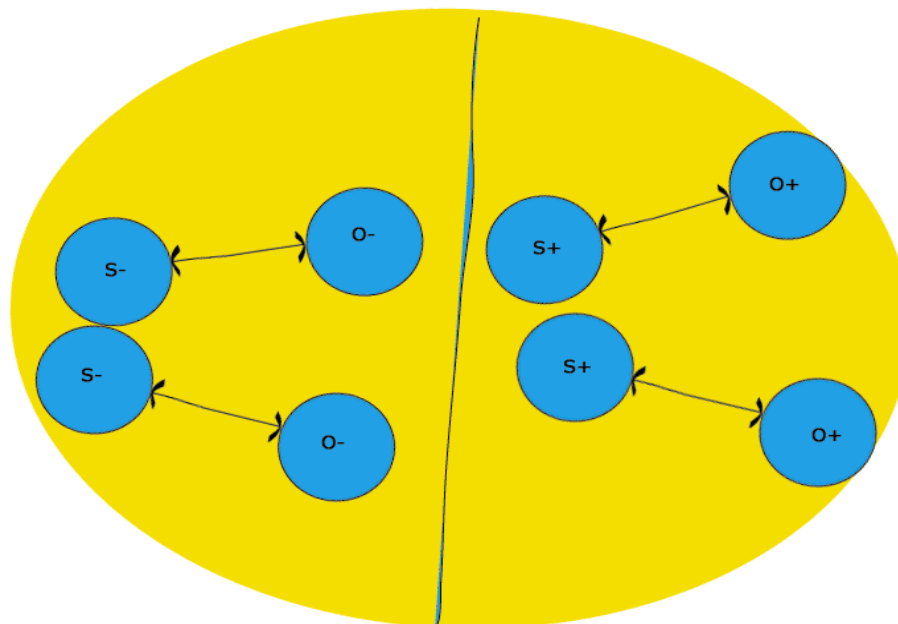


S+ Imágenes del sí mismo positivas, S- Imágenes del sí mismo negativas

O+ Imágenes de otros significativos positivas, O- Imágenes de otros significativos negativas

**IDENTIDAD INTEGRADA:** Las imágenes parciales del self (S), tanto positivas (S+) como negativas (S-), se encuentran integradas en una única representación interna del self total (S+ S-). Así mismo, las imágenes parciales de los otros representativos (O), tanto positivas (O+) como negativas (O-), se encuentran integradas en una representación interna total de ese otro (O + O-).

**FIGURA 2: SÍNDROME DE DIFUSIÓN DE IDENTIDAD** (adaptado de Frank Yeomans: *Transference Focused Psychotherapy for Borderline and Other Personality Disorders*, comunicación oral en Bilbao, año 2012)



S+ Imágenes del sí mismo positivas, S- Imágenes del sí mismo negativas

O+ Imágenes de otros significativos positivas, O- Imágenes de otros significativos negativa

**SÍNDROME DE DIFUSIÓN DE IDENTIDAD:** Las imágenes parciales positivas tanto del self (S+) como de los otros significativos (O+), se encuentran totalmente separadas de las imágenes parciales negativas del self (S-) y de los otros significativos (O-); generándose un mundo interno escindido, con múltiples representaciones del sí mismo y los otros en relación ( $S \leftrightarrow O$ ), totalmente contradictorias en cuanto a sus cualidades positivas o negativas.

### 3.2.2. LA ORGANIZACIÓN LÍMITE DE PERSONALIDAD

La organización límite de personalidad (OLP) es un concepto amplio caracterizado por la presencia del síndrome de difusión de identidad, el uso predominante de defensas primitivas, y el mantenimiento de la prueba de realidad salvo en situaciones puntuales de estrés agudo. Desde un punto de vista de la psicopatología descriptiva, corresponde a la mayoría de los trastornos graves de personalidad.

Se define por presentar una serie de características clínicas y diagnósticas (24):

- **Síntomas descriptivos que orientan hacia el diagnóstico:**
  - **Ansiedad** difusa crónica, flotante.
  - **Neurosis polisintomáticas:** presencia de dos o más entre fobias múltiples, síntomas obsesivo compulsivos, síntomas de conversión, reacciones disociativas, síntomas hipocondriacos y tendencias paranoides.
  - **Tendencias sexuales perversas polimorfas**
  - **Estructuras de personalidad prepsicótica “clásicas”:** incluyen la personalidad paranoide, la personalidad esquizoide, y las personalidades hipomaniaca y ciclotímica.
  - **Neurosis y adicciones por impulso:** incluye el alcoholismo, toxicomanías, etc.
  - **Trastornos del carácter de “menor nivel”:** incluye la patología grave del carácter típicamente representada por el carácter caótico e impulsivo
- **Síndrome de difusión de identidad:** es la característica central de la OLP. Se define por la presencia de un concepto pobremente integrado del sí mismo y de los otros significantes. Se refleja en que el paciente presenta una experiencia subjetiva de vacío crónico, una autopercepción contradictoria junto a percepciones huecas, insípidas y empobrecidas de los demás, y una conducta caótica. También se refleja por una pérdida de continuidad temporal del sentido del sí mismo y de los otros. Se explora en la entrevista a través de la petición al paciente de que realice una descripción de sí mismo y de un otro significativo, las cuales estarán muy empobrecidas. Íntimamente relacionado con el síndrome de difusión de identidad, se encuentra el concepto de la calidad de las relaciones objetales, definido por la estabilidad y profundidad de las relaciones del paciente con sus otros significantes. Así, los pacientes con OLP se caracterizarán por mantener relaciones interpersonales distorsionadas, caóticas o vacías.

- **Uso de mecanismos de defensa primitivos:** La OLP se caracteriza por el uso de operaciones defensivas primitivas, en particular el mecanismo de escisión. Estas operaciones defensivas protegen al yo de conflictos mediante la disociación, o manteniendo activamente separadas las experiencias contradictorias del sí mismo y de los demás significantes. De este modo, protegen al paciente límite del conflicto intrapsíquico, pero al coste de debilitar el funcionamiento de su yo, reduciendo por lo tanto su efectividad adaptativa, y su flexibilidad en la entrevista clínica, y generalmente en su vida. Característicamente, la interpretación de los mecanismos defensivos primitivos en la OLP integra el yo y mejora el funcionamiento inmediato del paciente, frente a una organización psicótica, por ejemplo, donde produciría un empeoramiento de su funcionamiento. Los mecanismos de defensa primitivos principales son:
  - **Escisión:** es la defensa más característica de la OLP. Su manifestación más clara es la división de los objetos externos en “completamente buenos” y “completamente malos”, con oscilaciones repetitivas extremas entre estas dos posiciones.
  - **Idealización primitiva:** potencia la escisión aumentando artificial y patológicamente la cualidad de “bondad” de los objetos, creando imágenes no realistas, poderosas y completamente buenas de estos.
  - **Identificación proyectiva:** se trata de una forma primitiva de proyección que se caracteriza por seguir experimentando el impulso que está siendo proyectado simultáneamente sobre la otra persona, a la vez que se teme a la otra persona bajo la influencia de ese impulso proyectado, y se necesita controlarla bajo la influencia de este mecanismo.
  - **Negación:** típicamente es una negación de dos áreas de conciencia emocionalmente independientes, por lo que actúa como refuerzo de la escisión al no permitir a la persona sentir estos estados contradictorios.

- **Omnipotencia y devaluación:** son derivaciones de operaciones de escisión, y se representan típicamente por la activación de estados del yo que reflejan un sí mismo grandioso, muy inflado, en relación con una representación de los demás despreciada y emocionalmente degradante. Son operaciones características de las personalidades narcisistas.
- **Prueba de realidad preservada salvo en situaciones de estrés:** la prueba de realidad se define por la capacidad de diferenciar el sí-mismo del no-sí mismo (lo intrapsíquico de los orígenes externos de la percepción y estímulos); y por la capacidad para evaluar realísticamente el contenido de nuestro propio afecto, conducta y pensamiento en términos de las normas sociales ordinarias. Clínicamente se mantiene cuando no existen alucinaciones ni delirios, y cuando no existen contenidos extraños - afectivos, cognitivos o conductuales - , que no pueden ser aclarados al ser preguntado por ellos.
- **Manifestaciones inespecíficas de debilidad yoica:** incluyen la ausencia de tolerancia a la ansiedad, la ausencia de control de impulsos, y la ausencia de efectividad sublimatoria. Se denominan inespecíficas porque no son producto directo del uso de defensas primitivas, y son menos precisas para el diagnóstico diferencial entre estructuras.
- **Falta de integración del superyó:** en contraposición con las organizaciones neuróticas, que presentan un superyó bien integrado aunque patológico, la organización límite se caracteriza por la presencia de precursores no integrados del superyó, particularmente representaciones primitivas de los objetos, sádicas e idealizadas. Se explora a través de la identificación con valores éticos y el uso de la culpa normal como un regulador principal. Su valor diagnóstico es menor que el de los otros criterios, pues no está ligada de un modo tan estrecho con los elementos nucleares de la organización estructural (identidad y uso de defensas primitivas). Sin embargo, a nivel pronóstico



es muy importante para la indicación de tratamiento psicoterapéutico a largo plazo.

### **3.3. LA ENTREVISTA STIPO (STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION)**

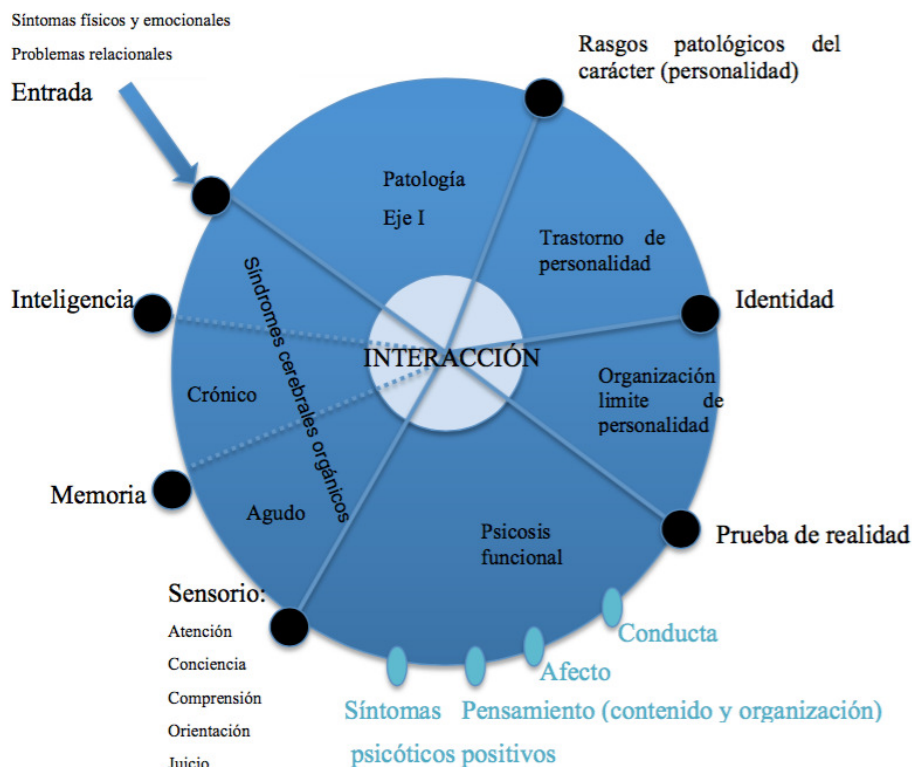
La STIPO es una entrevista semi-estructurada desarrollada por John Clarkin, Eve Caligor, Barry Stern y Otto Kernberg en 2003, a partir de la entrevista estructural de este último autor (149). En este apartado vamos a repasar sus precursores y los estudios realizados con ella hasta la fecha. Todo lo relativo a la descripción de la entrevista y su utilización práctica en este estudio, se expondrá en el apartado de métodos.

#### **3.3.1. LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL**

La entrevista estructural fue diseñada por Kernberg para evaluar la organización estructural de personalidad de los pacientes. Según refiere el propio autor, se denomina así por sugerencia de Richard Blumenthal, un psicólogo con quién Kernberg trabajó en los años 70 y 80 (150). La entrevista estructural se centra en los síntomas, conflictos o dificultades que presenta el paciente, y en los modos particulares en que los refleja en la interacción del aquí y ahora con el entrevistador. Así, asume que la concentración del entrevistador sobre los principales conflictos del paciente creará suficiente tensión psíquica como para que surja la organización estructural defensiva del funcionamiento mental del paciente, y entonces se podrá clasificar al paciente en una de las tres organizaciones patológicas de personalidad de su modelo.

La entrevista comienza con una serie de preguntas de apertura que permiten al paciente hablar de sus síntomas y de las principales razones para acudir a tratamiento, así como de otras dificultades que pueda tener, y las expectativas que tenga respecto al tratamiento. Desde ahí, la entrevista tiene una naturaleza cíclica mediante una serie de “síntomas de anclaje” de la psicopatología que se van recorriendo sistemáticamente (ver figura 3).

**FIGURA 3: CICLOS DE SÍNTOMAS DE ANCLAJE EN LA ENTREVISTA ESTRUCTURAL** (Adaptado de Otto Kernberg, Trastornos graves de personalidad, Manual Moderno, 1992) (148)



Terminada la exploración, el entrevistador se centrará en los síntomas significativos que hayan surgido en el curso de la misma, explorándolos mediante ciclos de clarificación, confrontación e interpretación tentativa. Del modo en que el paciente maneje estas interacciones (el cual mostrará la estructura de personalidad subyacente activada), dependerá en gran medida el diagnóstico de la entrevista estructural.

En resumen, con la entrevista estructural se pretende que, al final de la entrevista, el entrevistador haya podido evaluar tanto los síntomas de anclaje clásicos de la psicopatología descriptiva como la estructura subyacente de la personalidad propia del modelo psicoanalítico (148). Un estudio realizado en Holanda en el año 2009, mostró como la entrevista estructural mostraba una buena fiabilidad entre evaluadores formados en el modelo, y podía

considerarse como un elemento válido para la evaluación de la patología de la personalidad (151).

### **3.3.2. EL CUESTIONARIO IPO (*INVENTORY OF PERSONALITY ORGANIZATION*) (152)**

El IPO fue desarrollado por John Clarkin, Pamela Foelsch y Otto Kernberg en 2001, como instrumento para poder medir y cuantificar las dimensiones de la organización estructural de personalidad. Se trata de un cuestionario autoadministrado que ha tenido varias versiones, siendo la más utilizada en la actualidad la de 83 ítems. Ha sido validado y traducido a varios idiomas, incluidas varias versiones en idioma español en diferentes países de América Latina, o la más reciente en italiano (153).

El IPO versión 83 ítems se compone de tres escalas primarias que se orientan a realizar el diagnóstico de los dominios fundamentales de la organización estructural de la personalidad: difusión de identidad, uso de defensas primitivas, y prueba de realidad. Adicionalmente incluye otras dos escalas secundarias que evalúan otros aspectos del funcionamiento de la personalidad: agresión y valores morales. Se puntúa según una escala tipo Likert de 1 a 5 en la que las puntuaciones van desde nunca es cierto hasta siempre es cierto, reflejando cuanto mayor puntuación mayor patología. Múltiples estudios han evaluado las propiedades psicométricas del IPO, con buena consistencia interna y fiabilidad test-retest, tanto con una solución de tres factores, como de cuatro factores (154, 155). En el momento actual, se utiliza fundamentalmente como instrumento de screening, y se está trabajando en versiones más cortas, como la recientemente estandarizada versión de 16 ítems en alemán (156).

### **3.3.3. LA ENTREVISTA STIPO**

Los primeros resultados publicados sobre el IPO, en los que se encontraban, entre otras, asociaciones positivas entre los dominios identidad, defensas primitivas y prueba de realidad con niveles de afecto negativo y

agresión, y en los que se remarcaba la potente relación entre los dominios identidad y defensas primitivas (154); dieron apoyo empírico al modelo estructural de Kernberg y animaron al grupo del PDI a desarrollar, como complemento y como propuesta más ambiciosa, una entrevista que evaluara sus dominios centrales. Así es como nació la STIPO (27).

En el desarrollo de la entrevista, se trabajó con los constructos básicos del modelo de personalidad de Kernberg: identidad, defensas primitivas y prueba de realidad; junto con los dominios de agresión y valores morales que ya estaban en el IPO. Además, se añadieron dos dominios nuevos: cualidad de las relaciones objetales, y capacidad de afrontamiento frente a rigidez (para evaluar el uso de defensas de alto nivel). Todos los ítems fueron escritos por Clarkin, Stern y Caligor, y posteriormente revisados por Kernberg. Para facilitar la fiabilidad entre evaluadores y su utilización, se adoptó un formato de administración y puntuación similar al IPDE y al SCID-II (27). Finalmente, se adoptó una versión final de 100 ítems, englobados en 7 dominios (149).

El único estudio hasta la fecha que ha evaluado – de un modo preliminar - las propiedades psicométricas de la versión inglesa de la STIPO en una muestra clínica es del año 2010 (27). En él, se reclutaron 54 sujetos de una unidad especializada en trastornos de personalidad y 88 sujetos de un instituto psicoanalítico ambulatorio. Los criterios de exclusión fueron estar diagnosticado de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, o estar diagnosticado de trastorno bipolar. Los dos objetivos fundamentales del estudio fueron: 1) examinar la consistencia interna y fiabilidad interevaluador de la STIPO, y 2) evaluar las relaciones existentes entre los dominios de la STIPO y rasgos de trastornos de personalidad, por un lado, y constructos asociados con la patología de la personalidad como el afecto negativo y positivo y la agresión, por otro.

Los resultados mostraron una buena consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach de 0,86 para la identidad; 0,85 para las defensas primitivas; y 0,69 para la prueba de realidad), con una buena fiabilidad interevaluador (coeficientes de correlación intraclase – CCI - de 0,96 para la identidad; 0,97 para las defensas primitivas; y 0,72 para la prueba de realidad) para los 3 dominios principales del modelo, que fueron los que se incluyeron en el

estudio. En cuanto al segundo objetivo, medir la contribución relativa de los tres dominios mencionados de la STIPO en la predicción de las puntuaciones de afecto, agresión, alteración cognitiva y rasgos de personalidad medidos por medio de cuestionarios autoaplicados; el modelo de regresión fue sugerente de validez discriminante. Así, los autores encontraron que el dominio identidad se relacionaba con medidas de afecto (tanto negativo como positivo), y las defensas primitivas con medidas de agresión y rasgos de personalidad del cluster B. También encontraron intercorrelaciones significativas entre los dominios de la STIPO – sobre todo entre identidad y defensas primitivas.

Con estos resultados, los autores acaban concluyendo que la entrevista STIPO podría ser una herramienta muy interesante para los investigadores interesados en la relación empírica entre constructos de orientación psicoanalítica, modelos contemporáneos de rasgos de personalidad normal y patológica, y la nosología actual de los trastornos de personalidad (27)

Aparte de este estudio preliminar, muy pocas referencias aparecen publicadas acerca de la STIPO. Buscando en las bases de datos electrónicas más relevantes (PubMed, Scopus, Embase) hasta finales de octubre de 2015, solo hemos encontrado 10 trabajos que incluyan la entrevista STIPO en su desarrollo, ya sea como medida de evaluación, diagnóstico o comparación con otras variables, o ya sea como el objeto principal de estudio. En concreto, tres trabajos más llevan el término STIPO en su título. Previo al artículo comentado de Stern, en 2009, Susanne Hörz estudió una muestra de 60 pacientes clínicamente situados en un nivel neurótico o límite de organización de la personalidad, y generó – en colaboración con el equipo del PDI - un prototipo de OLP en base a 5 dominios de la STIPO (continuidad y coherencia del self, representación de los otros, relaciones objetales, defensas primitivas, y prueba de realidad). Estudió posteriormente sus propiedades psicométricas y su relación con medidas de afecto negativo y agresión evaluadas por cuestionarios autoadministrados, y concluyó que mostraba resultados prometedores acerca de la validez y fiabilidad del constructo teórico (157). Ya en 2013, desde Viena, el grupo de Stephen Doering publicó una validación de la STIPO al alemán, encontrando una consistencia interna, fiabilidad interevaluadores, validez concurrente y validez diferencial satisfactorias (158).

Por este motivo, defiende la STIPO como un buen instrumento para evaluar el modelo alternativo de funcionamiento de la personalidad propuesto por el DSM-5, siguiendo la LPFS, ya que los dominios self e interpersonal están muy representados en la STIPO. El último de los trabajos es de este mismo año, y en él, Riegel hace un estudio preliminar con una versión de la STIPO original traducida al checo (159).

En resumen, estos trabajos con la STIPO parecen indicar que puede ser una herramienta de evaluación prometedora para comprobar de manera empírica el modelo de organización estructural de personalidad de Kernberg, y su relación con el constructo y las variables clínicas de los pacientes con diagnóstico de TLP. También parecen indicar que la STIPO puede ser un buen instrumento de evaluación del funcionamiento de la personalidad, aspecto este de gran relevancia en la actualidad tanto por los últimos datos proporcionados por los grandes estudios de población TLP, como por el modelo alternativo de funcionamiento de la personalidad propuesto por el DSM en su última edición.



#### **4. PLANTEAMIENTO DE LA TESIS DOCTORAL**





#### **4.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS DOCTORAL**

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es una patología psiquiátrica común, de etiología multifactorial, con importante morbilidad asociada, gran coste sanitario, y persistencia de significativas dificultades a nivel de funcionamiento psicosocial con los años.

Uno de los aspectos más relevantes del TLP tiene que ver con su diagnóstico. El modelo categorial vigente actualmente, representado por las clasificaciones CIE y DSM, ha demostrado validez empírica pero también importantes limitaciones derivadas de la gran heterogeneidad clínica y comorbilidad asociada de los pacientes con TLP. Además, al tratarse de una clasificación puramente descriptiva de la sintomatología que presentan estos pacientes, dificulta su comprensión desde un punto de vista psicológico, algo muy necesario a la hora de realizar un tratamiento integral.

Desde otros campos de pensamiento psicopatológicos, se han propuesto diferentes modelos conceptuales de la patología de la personalidad. Uno de ellos, el modelo de organización estructural de personalidad de Otto Kernberg, organiza la patología de la personalidad en función de su organización estructural: normal, neurótica, límite y psicótica; y define la organización límite de personalidad (OLP) como la entidad psicopatológica común que engloba desde un punto de vista descriptivo a la mayoría de trastornos graves de personalidad, definida por la presencia del síndrome de difusión de identidad. Este modelo ha demostrado desde su descripción en la década de 1960 una buena validez clínica derivada del análisis e impresiones de numerosos terapeutas que trabajan en el terreno del TLP, y ofrece todo un constructo teórico explicativo global de la patología de la personalidad. Además, siguiendo sus postulados, se ha desarrollado un tratamiento específico para el TLP – la psicoterapia focalizada en la transferencia – que ha demostrado su eficacia en ensayos clínicos aleatorizados.

Con el propósito de comprobar desde un punto de vista empírico este modelo, en el año 2003 se creó la entrevista STIPO, una entrevista clínica semi-estructurada diseñada para evaluar los dominios de personalidad centrales de su teoría, y poder orientar el tratamiento y pronóstico funcional de

los pacientes. La STIPO ha mostrado unas buenas propiedades preliminares en su versión inglesa, y recientemente ha sido validada en su versión alemana con buenos resultados; pero hasta el momento actual no existe ninguna versión en castellano, ni se ha realizado ningún estudio con ella en población TLP de nuestro medio.

Así pues, este proyecto de tesis doctoral busca cubrir un vacío existente en la actualidad en el campo del TLP en nuestro país. Desde nuestra creencia de que el modelo estructural de Kernberg es un modelo de contrastada vigencia y utilidad clínica para la tipificación clínica, diagnóstico y tratamiento del TLP; este trabajo pretende realizar una primera aproximación a las posibilidades y propiedades de la STIPO como herramienta de evaluación de variables clínicas y funcionales en una población TLP de nuestro medio clínico habitual. De este modo, y de acuerdo con la propuesta actual de investigación de modelos dimensionales de personalidad que propone el DSM-5; pretendemos profundizar en una mejor comprensión de las relaciones existentes entre los aspectos fenomenológicos y los aspectos psicológicos profundos que condicionan las características clínicas, diagnósticas y pronósticas de estos pacientes.

## **4.2. OBJETIVOS**

### **4.2.1. OBJETIVOS PRINCIPALES**

- Evaluar una muestra de pacientes con diagnóstico clínico de TLP en nuestro medio mediante la entrevista STIPO, y analizar su validez concurrente como instrumento de tipificación psicopatológica, mediante sus correlatos con variables clínicas y medidas de gravedad sintomática habituales de estos pacientes.
- Analizar el valor predictivo de la entrevista STIPO sobre la funcionalidad de una población TLP en nuestro medio, medida por la escala GAF.
- Proponer un modelo explicativo acerca de qué dominio y/o subescala de la STIPO predice mejor la funcionalidad de los pacientes de la muestra.

#### **4.2.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS**

- Describir las características sociodemográficas de una muestra de pacientes con TLP en seguimiento en una unidad especializada en el tratamiento del TLP en la Comunidad de Madrid.
- Observar y analizar la relación entre las puntuaciones de la entrevista STIPO y diferentes variables sociodemográficas y clínicas estudiadas en la muestra.
- Observar y analizar la relación entre las puntuaciones de la STIPO y las puntuaciones en otras entrevistas clínico-diagnósticas habituales en nuestro medio, como son el SCID-II y la DIB-R.
- Observar y analizar las correlaciones entre las puntuaciones de la STIPO y la gravedad sintomática de los pacientes medida mediante la escala CGI-BPD.

#### **4.3. HIPÓTESIS**

##### **4.3.1. HIPÓTESIS PRINCIPALES**

- La entrevista STIPO mostrará una buena validez concurrente como instrumento de tipificación psicopatológica de una muestra de pacientes con diagnóstico clínico TLP en nuestro medio, correlacionándose de manera significativa con variables clínicas y medidas de gravedad sintomática de los pacientes de la muestra.
- La entrevista STIPO mostrará valor predictivo sobre la funcionalidad de los pacientes en la muestra, medida por la escala GAF.
- El dominio identidad, como elemento central del modelo estructural de personalidad de Otto Kernberg, mostrará el mayor valor predictivo sobre la funcionalidad de los pacientes de la muestra.
-

#### **4.3.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS**

- La muestra de pacientes del estudio, con diagnóstico clínico de TLP, corresponderá en su gran mayoría a un diagnóstico estructural de Organización Límite de Personalidad (OLP).

- Los antecedentes de autolesiones e intentos de suicidio se correlacionarán significativamente con puntuaciones elevadas en el dominio agresión de la STIPO.

- Las puntuaciones en la STIPO mostrarán una relación directa con la gravedad sintomática de los pacientes medida por la CGI-TLP.

- Las puntuaciones en la STIPO mostrarán una relación inversa con la funcionalidad de los pacientes medida por la GAF.

## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**



### **5.1. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se planteó un estudio descriptivo de una muestra de 50 pacientes con sospecha clínica de TLP. Además, de forma transversal se realizaron análisis inferenciales para correlacionar las puntuaciones en la entrevista STIPO con las diferentes variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes. En último lugar, se desarrolló un modelo explicativo de la situación funcional de los pacientes a partir de la contribución de los diferentes dominios estructurales de la personalidad, evaluados por la STIPO.

No existió una determinación previa del tamaño muestral del estudio porque, hasta donde alcanza nuestro conocimiento, no existen estudios previos que hayan analizado la relación entre las dimensiones de la STIPO y la funcionalidad de una muestra clínica de pacientes con TLP. Por lo tanto, no disponíamos de datos previos para calcular dicho tamaño muestral.

Se reclutaron 50 pacientes procedentes de los distintos Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y atendidos en la Unidad de Trastornos de Personalidad (UTP) del Hospital Clínico San Carlos, constituido por un Hospital de Día, y unidades específicas de atención a los pacientes con trastorno de personalidad y trastorno de conducta alimentaria. Desde la UTP, se viene realizando en los últimos años una línea de investigación estable sobre el TLP y otros trastornos agresivo-impulsivos; que incluye tanto estudios sobre neuroquímica molecular y neuroimagen funcional y estructural del TLP, como estudios de tipificación psicopatológica y rehabilitación neuropsicológica.

Los criterios para poder ser evaluados para su inclusión en el estudio fueron ser mayor de 18 años de edad, estar en seguimiento en la red pública de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, y existir una sospecha clínica de TLP por parte del profesional responsable de su seguimiento habitual.



## **5.2. PROTOCOLO DEL ESTUDIO**

Los pacientes candidatos a participar en el estudio fueron derivados a la UTP del Hospital Clínico, donde se realizó su evaluación entre enero y junio de 2015.

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años de edad, y ser diagnosticado de TLP o en la entrevista clínica inicial del estudio o en una evaluación posterior con la SCID-II.

Los criterios de exclusión fueron estar diagnosticado de un trastorno psicótico, un trastorno bipolar, una discapacidad intelectual, o un trastorno mental de causa orgánica.

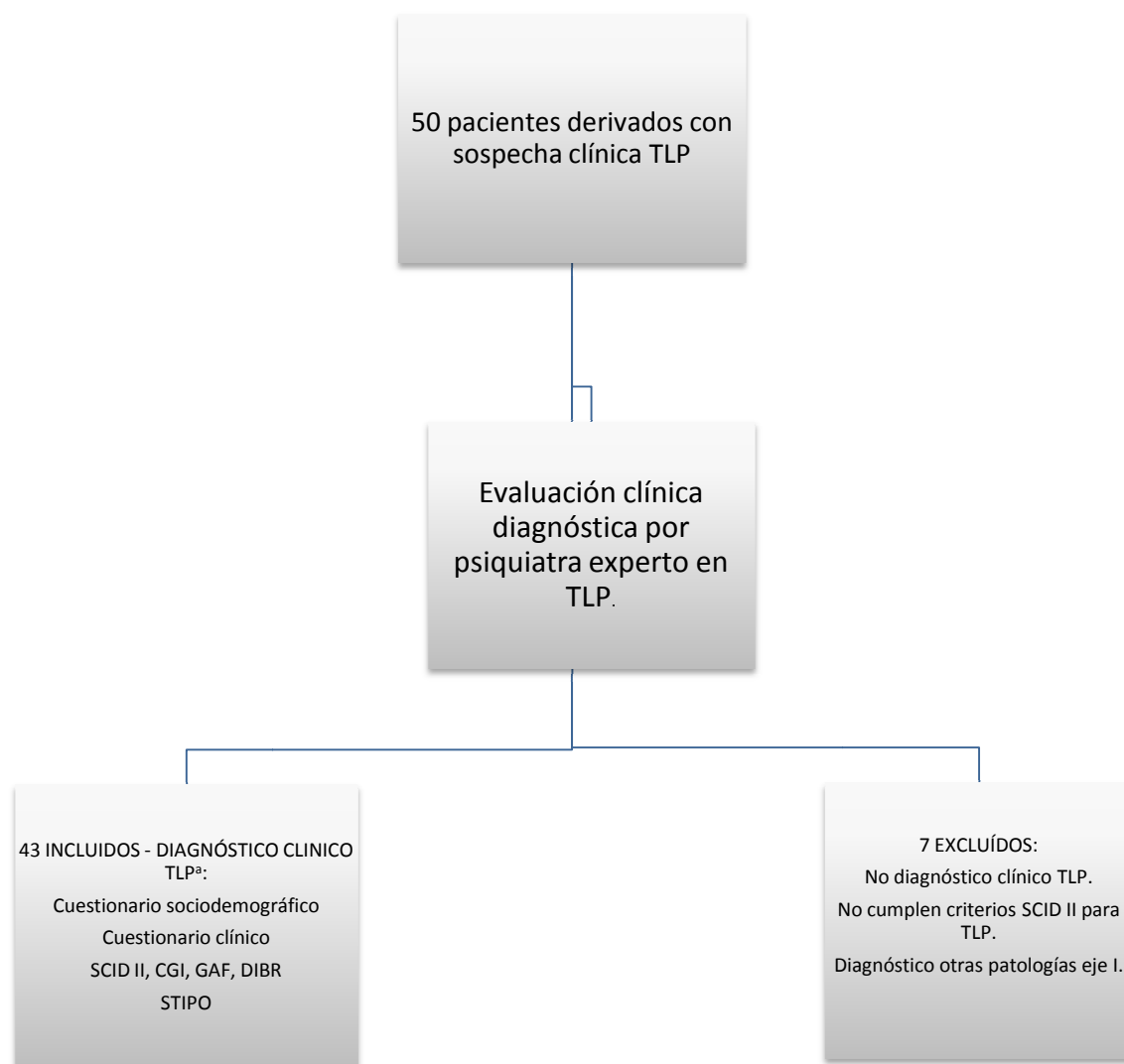
La evaluación se realizó con el siguiente orden cronológico:

- Se realizó una entrevista clínica y diagnóstica por parte del psiquiatra responsable de la UTP del Hospital Clínico, para confirmar el diagnóstico de sospecha de TLP realizado por el profesional derivante.
- De los 50 pacientes derivados, 43 fueron diagnosticados clínicamente de TLP en esta entrevista, y se incluyeron en el estudio con la STIPO.
- 7 pacientes no fueron diagnosticados de TLP ni en la entrevista clínica ni por la SCID-II, y no fueron incluidos en el estudio. Todos ellos tenían otros diagnósticos en eje I: 3 pacientes estaban diagnosticados de trastorno psicótico, 1 de trastorno bipolar, 2 de síndrome de Asperger, y 1 de trastorno de conducta alimentaria.
- Los pacientes cuyo diagnóstico de TLP fue confirmado, fueron evaluados posteriormente, en diferentes momentos, por el psiquiatra encargado de la entrevista clínica inicial y por una psicóloga cualificada de la UTP, quienes les aplicaron un cuestionario sociodemográfico y un cuestionario clínico creados

específicamente para el estudio, y las entrevistas SCID-II, DIBR, CGI-BPD y GAF. En un primer o segundo momento, el autor de este trabajo les administró la entrevista STIPO.

- El estudio se planteó como un estudio ciego, en el que tanto el psiquiatra y la psicóloga responsables de aplicar los cuestionarios y entrevistas, por un lado, y el autor de este trabajo responsable de la administración de la STIPO, por el otro, no conocían el resultado de la parte de la evaluación de los pacientes que no dependía directamente de ellos. En resumen, cuando el autor de este trabajo administraba la STIPO, no tenía ningún conocimiento de los resultados de los pacientes en los otros cuestionarios del estudio; y de un modo similar cuando el psiquiatra y la psicóloga de la UTP administraban los cuestionarios y las escalas, no conocían el resultado de la STIPO. El cuadro 1 muestra un resumen del protocolo llevado a cabo para el estudio.

### Cuadro 1: Resumen protocolo del estudio



<sup>a</sup> FIRMADO CONSENTIMIENTO INFORMADO

Abreviaturas: TLP: Trastorno Límite de Personalidad, CI: Consentimiento Informado, SCID-II: *Structured Clinical Interview for DSM Disorders Axis II*, CGI: *Clinical Global Impression*, GAF: *Global Assessment Functioning*, DIB-R: *Diagnostic Interview for Borderlines - Revised*, STIPO: *Structured Interview of Personality Organization*.

### **5.3. ASPECTOS ÉTICOS**

Se entregó una hoja informativa a todos los pacientes antes de su inclusión en el estudio (VER ANEXOS). Todos los participantes del estudio firmaron un Consentimiento Informado a su incorporación al mismo (VER ANEXOS). No existieron incentivos para la participación en el estudio, salvo que los resultados de la entrevista STIPO quedaron a disposición del profesional de referencia del paciente, siempre que este diera su autorización. Este estudio, que está encuadrado dentro de un trabajo de investigación más amplio que investiga la tipificación psicopatológica y el hallazgo de posibles endofenotipos en población con TLP y otros desórdenes caracterizados por conductas agresivo-impulsivas; fue sometido para su aprobación por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid (VER ANEXOS).

### **5.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN**

- Cuestionario sociodemográfico especialmente creado para el estudio. Recoge las siguientes variables:
  - Edad
  - Sexo
  - Estado civil
  - Nivel de estudios
  - Situación laboral
  - Certificado de minusvalía
- Cuestionario clínico especialmente creado para el estudio. Recoge las siguientes variables:
  - Edad 1ª consulta
  - Años de tratamiento
  - Dispositivo de tratamiento actual

- Toma de tratamiento psicofarmacológico
- Historia de autoagresiones
- Historia de intentos de suicidio, y número de intentos realizado
- Consumo de alcohol, cannabis y estimulantes. Cumplimiento de criterios de dependencia para alguna de dichas sustancias.
- Diagnóstico actual o pasado de TDAH.
- Entrevistas clínicas
  - *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II)* (112). Es una entrevista semi-estructurada para diagnosticar todos los trastornos de personalidad del eje II, según los criterios DSM. Fue desarrollada en 1990 por el grupo de First y Spitzer, y dispone de una versión validada en castellano, con población española (160).
  - *Diagnostic Interview for Borderlines – Revised (DIB-R)* (161). Es una entrevista semi-estructurada diagnóstica del TLP, desarrollada por el grupo de Mary Zanarini y John Gunderson en 1989. Está compuesta por 125 ítems, de los que se derivan 22 frases resumen (FR) que pueden tomar tres valores (0: no; 1: probable; 2: sí). Las FR a su vez dan lugar a las cuatro puntuaciones de área (PA): cognitiva, afectos, patrones de acción impulsivos y relaciones interpersonales. Las PA determinan la puntuación global en una escala que oscila entre 0 y 10, siendo las puntuaciones iguales o superiores a 6 compatibles con el diagnóstico de TLP. La DIB-R dispone de una validación previa en población española (100).
  - *Clinical Global Impression- Borderline Personality Disorder (CGI-BPD)*. Es una adaptación de la CGI original para su uso específico en la evaluación de la gravedad y del cambio en pacientes diagnosticados de TLP. Está compuesta por 10 ítems,

los 9 primeros evalúan los 9 dominios psicopatológicos relacionados con los 9 criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, mientras que el décimo es una valoración global ponderada. Cada ítem se puede puntuar de 1 a 7 en función de la frecuencia y la intensidad de los síntomas, siendo 1 la ausencia de sintomatología y 7 la presencia de síntomas muy graves. La CGI-BPD tiene dos formatos: a.) CGI-BPD-S, de severidad general, que evalúa la severidad actual de cada uno de los 9 síntomas, y b.) CGI-BPD-M, de mejoría, que evalúa la mejoría en cada uno de los síntomas al ser comparados con la evaluación de la línea base. Dispone de una versión validada en castellano (122). En este trabajo se ha utilizado la CGI-BPD-S.

- *Global Assessment of Functioning (GAF)*. Es una escala que se utiliza para evaluar el nivel global del funcionamiento del paciente en un momento concreto. Se considera que el funcionamiento es una combinación de tres áreas principales: social, laboral, y psicológica. Está basada en un continuo entre salud mental y enfermedad mental, y dividida en 100 puntos, representando 100 el máximo nivel de funcionamiento y 1 el mínimo nivel de funcionamiento. Constituía el eje V de la evaluación multiaxial en el DSM-IV (33).

#### **5.5. STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION (STIPO) (162).**

La versión utilizada es la STIPO 1.07, la cual puede descargarse libremente desde la página web del *Personality Studies Institute* (Instituto para el Estudio de la Personalidad, PSI) (163). La STIPO 1.07 es una versión reducida de la STIPO original, de la que se diferencia fundamentalmente en que ha desaparecido la prueba de realidad como dominio específico a evaluar, pasando algunas de sus preguntas a ser evaluadas dentro de otros dominios. Pasa, entonces, de siete a seis dominios, y el número de preguntas se reduce

desde la STIPO original de 100 a 87. También se ha eliminado un tercer método de puntuación de la escala, a través de una escala de 6 puntos que se rellenaba al final de la entrevista y permitía asignar a los sujetos a un nivel de organización de personalidad final (normal, neurótico o límite) con varios subniveles (149)

La STIPO 1.07 es la versión de la entrevista más usada en la actualidad por los autores originales y su equipo del PDI (J. *Clarkin, comunicación personal*). Para la realización de este estudio, se ha realizado una traducción al castellano de la entrevista por el autor del estudio (VER ANEXO 4). Uno de los autores originales de la entrevista (John Clarkin) ha dado su autorización para su utilización en este estudio.

La STIPO evalúa de manera dimensional los dominios de funcionamiento nucleares de la teoría de la organización estructural de personalidad de Kernberg: la consolidación de la identidad, la cualidad de las relaciones objetales, el uso de defensas primitivas, la capacidad de afrontamiento frente a la rigidez de carácter, la cualidad de la agresión del individuo, y los valores morales. La STIPO explora tanto la conducta como el mundo interno del paciente, explorando tanto elementos fenomenológicos como psicológicos. Desde un punto de vista de la teoría de las relaciones objetales, la STIPO evalúa la manera repetitiva y estructurada en que la persona concibe su propio self y a los otros en interacción (162). Las preguntas de la STIPO hacen referencia, generalmente, a los últimos 5 años de la vida del sujeto evaluado. Consta de 87 preguntas o ítems individuales, divididos en 6 dominios principales, algunos de los cuales están divididos a su vez en subescalas (162). Más en detalle:

- IDENTIDAD: La identidad corresponde tanto a la organización como a los contenidos del mundo interno del sujeto. Además, tiene unos correlatos conductuales que se manifiestan a través de la capacidad de involucrarse a nivel vocacional y laboral, y de mantener relaciones estables y profundas. La identidad se evalúa en la STIPO a través de 29 preguntas individuales, divididas en tres subescalas fundamentales:

capacidad de invertir (preguntas 1-11), sentido del self – coherencia y continuidad - (preguntas 12-20), y representación de los otros (preguntas 21-29). En la subescala capacidad de invertir, se evalúa la capacidad del individuo para comprometerse en el trabajo, estudios, y actividades de ocio. En sentido del self, se evalúa el grado de integración y estabilidad del sentido de sí mismo, incluida la estabilidad y valencia habitual de la autoestima. En representación de los otros, se evalúa el grado de integración y estabilidad del sentido interno de los otros, junto con la capacidad de la persona de evaluar a los otros de manera apropiada y en profundidad, y la capacidad de percibir de manera correcta lo que los demás están sintiendo y pensando.

- **RELACIONES OBJETALES:** La cualidad de las relaciones objetales se refiere tanto a la cualidad de las relaciones interpersonales del sujeto como a la naturaleza de la experiencia interna del sujeto respecto a su interacción con los demás. Las relaciones objetales se evalúan en la STIPO a través de 22 preguntas individuales, divididas en tres subescalas fundamentales: relaciones de amistad (preguntas 30-34), relaciones íntimas y sexualidad (preguntas 35-45), y modelo interno de relación (preguntas 46-51). En la subescala relaciones de amistad, se evalúa la naturaleza y estabilidad de las relaciones de amistad del sujeto. En relaciones íntimas y sexualidad, se evalúa la naturaleza y estabilidad de las relaciones íntimas del sujeto, junto con su capacidad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria. En modelo interno de relación, se evalúa el grado de integración y profundidad de la experiencia interna del sujeto acerca de su mundo relacional, explorando aspectos como el cubrimiento de necesidades, la empatía, y la capacidad de preocuparse por otros en profundidad.
- **DEFENSAS PRIMITIVAS:** El uso de defensas primitivas, como la escisión, la idealización/devaluación, la negación primitiva, la identificación proyectiva, la somatización o la fantasía, son características de la organización límite de personalidad. Se evalúa en la



STIPO preguntando acerca de los correlatos conscientes a nivel afectivo, cognitivo y conductual del uso de mecanismos de defensa primitivos. Consta de 9 preguntas individuales (preguntas 52-60).

- **CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO:** Este dominio evalúa cómo el individuo se anticipa y responde ante situaciones que son estresantes, decepcionantes, o suponen un desafío; así como el grado en que el individuo tolera estar en situaciones donde no tiene el control. Explora la capacidad de afrontamiento de estas situaciones a través del uso de defensas avanzadas, frente a la rigidez entendida como la tendencia crónica a responder ante situaciones estresantes de un modo estereotipado y automático que resulta desadaptativo. Consta de 8 preguntas individuales (61-68).
- **AGRESIÓN:** Este dominio evalúa el grado en que la vida interna y la conducta externa del sujeto están dominadas por la agresión y las defensas contra la agresión. La agresión se evalúa en la STIPO examinando la conducta autodestructiva, el sadismo, el control omnipotente y el grado de odio del individuo. Consta de 11 preguntas individuales, divididas en dos subescalas: la agresión autodirigida (preguntas 69-73) y la agresión hacia otros (preguntas 74-79). En agresión autodirigida, se evalúan las conductas autodestructivas incluidas las tentativas suicidas. En agresión hacia otros, se evalúa en qué grado la agresión condiciona la conducta interpersonal del individuo.
- **VALORES MORALES:** Este dominio evalúa el grado en que el sujeto posee valores morales estables que condicionan su experiencia interna y guían su conducta. Estos valores se exploran a través de la conducta del sujeto en la toma de decisión moral, y de su capacidad para experimentar culpa. Consta de 8 preguntas individuales (80-87).

La duración media de la entrevista se sitúa en torno a las 2 horas. La STIPO se puntúa por el entrevistador al tiempo que se administra (162). Los

Ítems individuales puntúan en una escala de 0 a 2, en la que el valor 0 refleja la ausencia de patología, el valor 1 la presencia de cierto grado de patología, y el valor 2 refleja una clara presencia de patología en el ítem explorado. Además, en algunas preguntas, pueden existir dos valores adicionales. Un valor 3, que indica alguna de las siguientes: el sujeto no respondió a la cuestión, el sujeto no pudo – a pesar de varias clarificaciones - entender la pregunta, o el sujeto contestó a la pregunta de un modo incoherente, muy superficial, o internamente inconsistente. Y un valor 9, que indica que esa pregunta se salta porque el hecho a evaluar no se ha producido en la vida del sujeto. Finalmente, para cada pregunta, la entrevista proporciona una serie de guías o claves para ayudar al entrevistador a puntuar 0, 1 o 2.

La puntuación de los diferentes dominios y subescalas se puede calcular de dos maneras diferentes (162):

- Media aritmética de las puntuaciones (0 a 2) obtenidas en los diferentes ítems individuales. Los valores 3 contarían como 2, y los valores 9 son valores perdidos.
- Uso de las escalas de 5 puntos: las escalas de 5 puntos definen el rango de salud y patología de cada uno de los dominios y subescalas evaluados. Se puntúan después de evaluar la última pregunta de cada una de las secciones de la entrevista. Se da una puntuación de 1 a 5, uno reflejando normalidad en el dominio o subescala evaluado, y cinco reflejando gran patología en dicha sección. Para puntuar esta escala, el entrevistador debe usar su impresión clínica del sujeto, en virtud de las respuestas dadas en los ítems individuales, pero también de la conducta no-verbal del entrevistado, y de otros aspectos de la interacción con él que le hayan resultado significativos. Además, para la puntuación de esta escala, cada ítem individual no tiene el mismo peso, dejándose al criterio clínico del entrevistador el otorgar más valor a unos ítems u otros.

- Para los análisis llevados a cabo en este trabajo, se han tomado como referencia los valores en los dominios y subescalas de la STIPO obtenidos en las escalas de 5 puntos.

Finalmente, acerca de los requisitos necesarios para administrar la entrevista, lo fundamental es que el administrador esté familiarizado con los constructos teóricos en que se basa la entrevista, en particular el modelo de organización estructural de la personalidad de Otto Kernberg. También se recomienda una buena experiencia clínica entrevistando a pacientes con TLP, y cierta destreza manejando entrevistas semi-estructuradas (162). En el caso del autor de este trabajo, la realización de un *fellowship* en el *Personality Disorders Institute* en el año 2010 le ha permitido adquirir familiaridad con la entrevista y sus conceptos teóricos y prácticos; mientras que la experiencia desde el año 2011 como clínico en un programa de atención al paciente con TLP le ha permitido adquirir experiencia clínica con estos pacientes.

## 5.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la recogida de datos se utilizó el programa Microsoft Excel, los cálculos estadísticos se realizaron con el programa IBM SPSS 21.0 para Windows.

El análisis estadístico ha tenido una serie de pasos consecutivos:

- Cumplimiento de los supuestos del modelo lineal general (MLG). Tras comprobar el supuesto de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se comprobó que las variables pertenecientes a la entrevista STIPO (6 variables de dominio y 8 variables de subescala) no ajustaban a una distribución normal, lo cual condicionó el uso de pruebas no paramétricas para la realización de los análisis posteriores.
- Hemos considerados las escalas Likert de los dominios y subescalas de la STIPO como variables cuantitativas. De este

modo, hemos considerado las puntuaciones en las dimensiones de la STIPO como una variable continua.

- Análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra, expresando los descriptivos de las variables cuantitativas como media y desviación típica, y las variables cualitativas como número y tanto por ciento.
- Análisis descriptivo de los resultados de las variables pertenecientes a la entrevista STIPO, expresados gráficamente como media y desviación típica.
- Análisis de los correlatos clínicos, mediante la prueba U de Mann-Whitney, entre las variables pertenecientes a la entrevista STIPO y una serie de variables clínicas relevantes, para identificar las diferencias entre los diferentes subgrupos de la muestra. Dado que todas las comparaciones se han realizado en función de hipótesis a priori, no se han realizado ajustes por comparaciones múltiples. Se calculó el tamaño del efecto de estas diferencias mediante la razón  $Z/\text{raíz cuadrada } N$ . Los descriptivos se expresaron con la mediana y el rango intercuartílico. Se han añadido representaciones gráficas para una interpretación más intuitiva, empleando de forma descriptiva la media y la desviación típica – aunque los cálculos se realicen sobre la mediana –, por considerarse que expresan mejor gráficamente las diferencias en la muestra.
- Análisis de las correlaciones entre las variables de la STIPO y la puntuación de las escalas CGI y GAF, mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Se calculó el tamaño del efecto de las correlaciones mediante el valor  $r^2$ .
- Para el modelo predictivo, se empleó un modelo de regresión lineal múltiple.

- La variable criterio fue la funcionalidad medida por la escala GAF. Se fueron añadiendo todas las variables relevantes para analizar su aportación al modelo, y se retiraron posteriormente siguiendo el criterio de no cumplir significación estadística. Si tras su retirada los coeficientes B se alteraban en más de un 20%, se mantenían en el modelo por tratarse de factores de confusión del modelo.
- Tras dicotomizar la variable de funcionalidad (puntuación en la GAF) en  $< 61$  Baja y  $\geq 61$  Alta, se realizó una regresión logística binaria siguiendo el mismo procedimiento del apartado anterior. Se repitió la misma metodología de regresión lineal múltiple manual esta vez con la variable STIPO como variable criterio.
- Se realizó un análisis inferencial mediante la prueba U de Mann-Whitney de la relación entre la escala GAF y otras variables sociodemográficas y clínicas que pudieran ejercer como factores de confusión.
- Finalmente, se han realizado dos modelos de regresión lineal múltiples, con la funcionalidad como variable criterio y el dominio identidad y la subescala sentido del self como variables predictoras, controlando por los factores de confusión encontrados en los análisis previos.

○

## **6. RESULTADOS**



### 6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

De los 50 pacientes de la muestra, 43 pacientes cumplieron criterios diagnósticos de TLP y fueron incluidos en el estudio. El perfil promedio fue el de una mujer entorno a los 32 años de edad, soltera, con estudios secundarios, y desempleada en el momento de la evaluación. El número de pacientes con discapacidad no llegó al 20%. Las características sociodemográficas de la muestra se recogen en la tabla 1.

**Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra**

<b>Edad, años<sup>a</sup></b>	31,74 (9,2); [18 a 50]
<b>Sexo, mujer<sup>b</sup></b>	35 (81,4)
<b>Estado civil, soltero<sup>b</sup></b>	39 (90,7)
<b>Nivel de estudios<sup>b</sup>:</b>	
• Primaria	2 (4,7)
• Secundaria	24 (55,8)
• Superior	17 (39,5)
<b>Situación laboral<sup>b</sup>:</b>	
• Empleado	9 (20,2)
• Desempleado	16 (37,2)
• Estudiante	13 (30,2)
• Pensionista	5 (11,6)
<b>Certificado de discapacidad<sup>b</sup>:</b>	8 (18,6)

<sup>a</sup>Las variables cuantitativas se presentan como media (DT); [rango].

<sup>b</sup>Las variables cualitativas se presentan como N (%).



## **6.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUESTRA**

Las características clínicas de la muestra están recogidas en la tabla 2. Podemos hacer una división entre aspectos relacionados con el tratamiento, aspectos clínicos, comorbilidades, y puntuación media en las escalas administradas.

Respecto a los aspectos relacionados con el tratamiento, los pacientes de la muestra han iniciado su tratamiento entorno a los 20 años de edad, y llevan unos 12 años de media en tratamiento. La mayor parte de ellos está en tratamiento ambulatorio, y está con tratamiento farmacológico, en el momento de la evaluación.

Acerca de las variables clínicas, 2/3 de los pacientes de la muestra ha realizado algún intento de suicidio a lo largo de su vida, y 3/4 de los pacientes se ha autolesionado en alguna ocasión. Se han hallado antecedentes de eventos traumáticos en un 60%, teniendo historia de abuso sexual el 30%.

Cerca de un 45% de los pacientes consume cannabis de un modo habitual, y un 15% cumple criterios de dependencia a alcohol, cannabis o estimulantes. La comorbilidad con el TDAH en esta muestra es muy pequeña, mientras que la comorbilidad con otros trastornos de personalidad del cluster B alcanza al 40% de los sujetos.

Las puntuaciones medias (tabla 2) en las escalas CGI, GAF y DIB-R, nos sugieren una población de pacientes con TLP de gravedad moderada.

Tabla 2: Características clínicas de la muestra\*

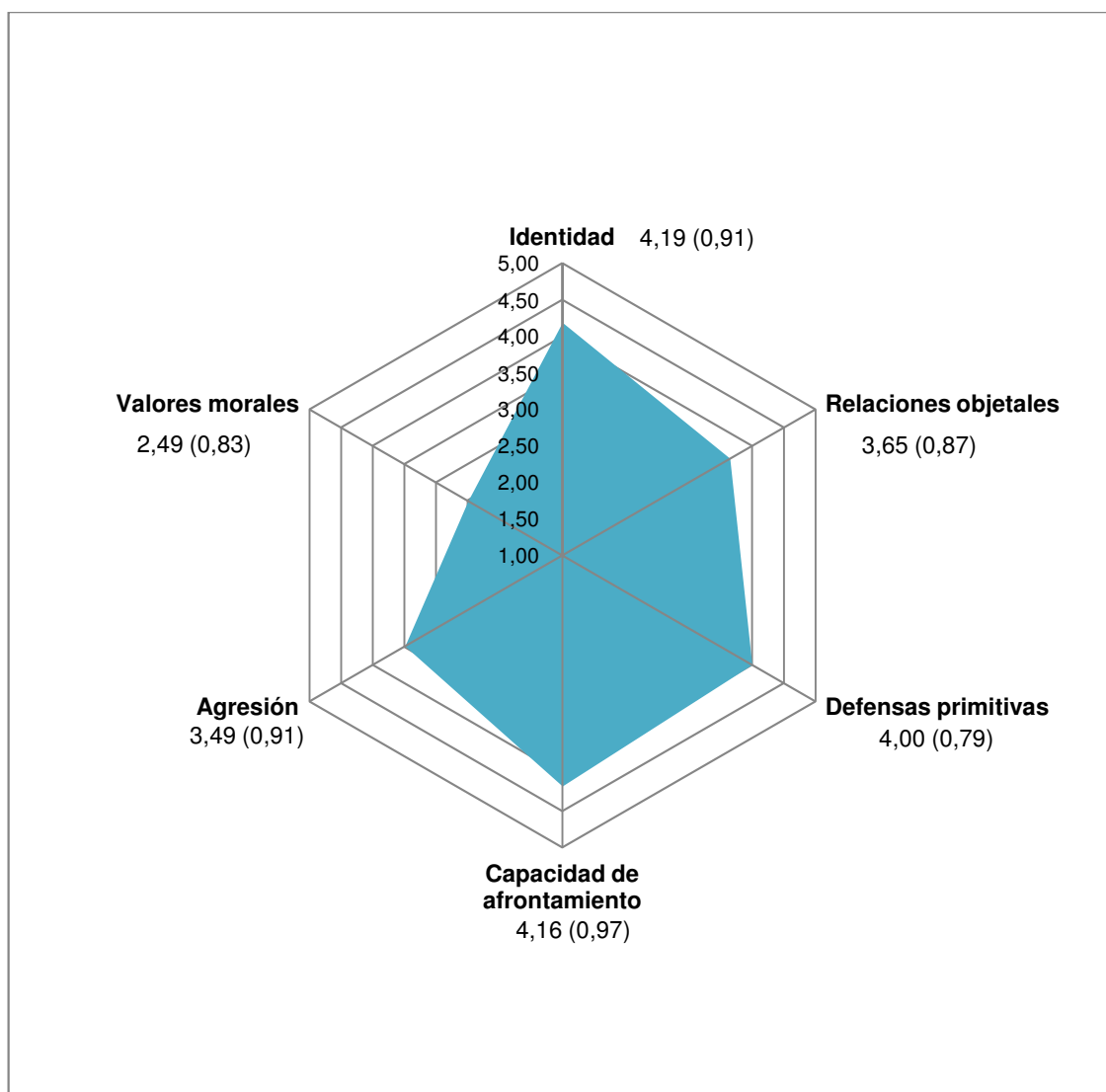
<b>Edad 1ª consulta, años<sup>a</sup></b>	19,44 (7,5); [7 a 43]
<b>Años de tratamiento<sup>a</sup></b>	12,30 (8,1); [0 a 34]
<b>Tratamiento actual<sup>b</sup>:</b>	
• Sin tratamiento	3 (7)
• Tratamiento ambulatorio	23 (53,5)
• Tratamiento ambulatorio intensivo	15 (34,9)
• Hospitalización actual	2 (4,7)
<b>Tratamiento farmacológico<sup>b</sup></b>	38 (88,4)
<b>Antecedentes intentos de suicidio<sup>b</sup></b>	28 (65,1)
<b>Intentos de suicidio<sup>a</sup></b>	2,56 (5,1); [0 a 32]
<b>Historia de autoagresiones<sup>b</sup></b>	32 (74,4)
<b>Antecedentes de eventos traumáticos<sup>a</sup></b>	
• Abuso sexual	13 (30,2)
<b>TDAH comórbido<sup>b</sup></b>	3 (7)
<b>Uso de cannabis<sup>b</sup></b>	19 (44,2)
<b>Uso de estimulantes<sup>b</sup></b>	11 (25,6)
<b>Dependencia a algún tóxico<sup>b</sup></b>	6 (14)
<b>Comorbilidad otros TP cluster B, medida con SCID-II<sup>ab</sup></b>	
• Comorbilidad Trastorno Histriónico SCID-II	6 (14)
• Comorbilidad Trastorno Antisocial SCID-II	9 (20,9)
• Comorbilidad Trastorno Narcisista SCID-II	9 (20,9)
<b>Diagnóstico TLP por SCID-II<sup>b</sup></b>	35 (85)
<b>CGI TLP<sup>a</sup></b>	3,63 (1,3); [2 a 6]
<b>GAF<sup>a</sup></b>	70,23 (10,7); [50 a 90]
<b>DIB-R<sup>a</sup></b>	5,95 (2,617); [0 a 10]

<sup>a</sup>Las variables cuantitativas se presentan como media (DT) [rango]. <sup>b</sup>Las variables cualitativas se presentan como N (%). \* Los datos sobre la SCID-II y DIB-R solo están disponibles para 41 pacientes

### 6.3. DESCRIPCIÓN DE LAS PUNTUACIONES EN LA ENTREVISTA STIPO EN LA MUESTRA

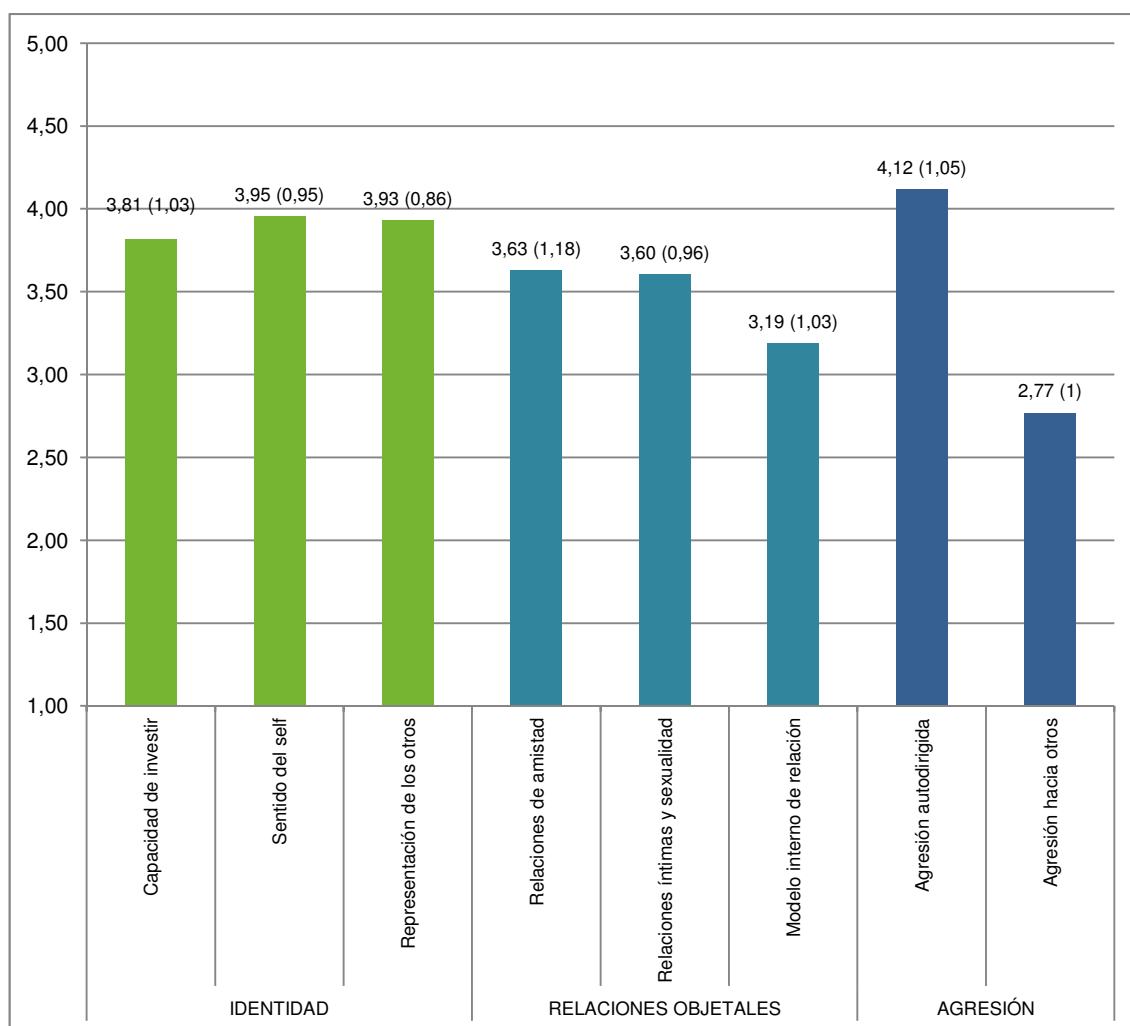
La figura número 1 muestra las puntuaciones medias de los pacientes en los 6 dominios en que se divide la STIPO. Las puntuaciones más altas (indicadoras de más patología) pertenecen a los dominios identidad y capacidad de afrontamiento, ambas por encima de 4. Las puntuaciones más bajas, y por tanto menor patología, corresponden de un modo muy claro al dominio valores morales.

**Figura 1: Puntuaciones medias (DT) en los dominios de la STIPO en la muestra**



La figura número 2 muestra las puntuaciones medias de los pacientes en las 8 subescalas de que consta el STIPO. Las puntuaciones más altas corresponden a la subescala agresión autodirigida, por encima de 4, y las más bajas a la subescala agresión hacia otros, por debajo de 3.

**Figura 2: Puntuaciones medias (DT) en las subescalas de la STIPO en la muestra**



#### 6.4. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y EL SEXO

Se encontraron diferencias significativas en el dominio relaciones objetales ( $U=72$ ;  $p=0,02$ ; tamaño del efecto=0,35), y en las subescalas modelo interno de relación ( $U=55$ ;  $p=0,006$ ; tamaño del efecto=0,42) y agresión autodirigida ( $U=63$ ;  $p=0,01$ ; tamaño del efecto=0,39). Los varones puntuaron más alto en relaciones objetales y modelo interno de relación, y las mujeres en agresión autodirigida. Las diferencias entre las puntuaciones en los dominios y subescalas de la STIPO en función del sexo del paciente, se recogen en la tabla 3.

**Tabla 3: Diferencias en dominios y subescalas de la STIPO por sexo**

	<b>VARÓN (N=8)</b> Mediana [rango]	<b>MUJER (N=35)</b> Mediana [rango]	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>IDENTIDAD</b>	4,50 [4 a 5]	4,00 [4 a 5]	124,50	0,602
Identidad- Capacidad de invertir	4,50 [3 a 5]	4,00 [3 a 5]	113	0,379
Identidad- Sentido del self	4,00 [3,25 a 4]	4,00 [4 a 5]	119,5	0,493
Identidad- Representación de los otros	4,50 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	90,5	0,096
<b>RELACIONES OBJETALES</b>	4,00 [4 a 4,75]	4,00 [3 a 4]	72	0,02*
Relaciones objetales- Relaciones de amistad	4,00 [4 a 5]	4,00 [2 a 4]	92	0,113
Relaciones objetales- Relaciones íntimas y sexualidad	4,00 [3,25 a 5]	3,00 [3 a 4]	87,5	0,081
Relaciones objetales- Modelo interno de relación	4,00 [3,25 a 5]	3,00 [2 a 4]	55	0,006**
<b>DEFENSAS PRIMITIVAS</b>	4,00 [3,25 a 5]	4,00 [3 a 5]	126	0,639
<b>CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO</b>	4,50 [3,25 a 5]	4,00 [3 a 5]	135	0,866
<b>AGRESIÓN</b>	3,50 [2 a 4,75]	4,00 [3 a 4]	127,5	0,678
Agresión autodirigida	3,50 [2 a 4]	5,00 [4 a 5]	63	0,01*
Agresión hacia otros	2,50 [2 a 4]	3,00 [2 a 3]	136,5	0,907
<b>VALORES MORALES</b>	2,50 [2 a 4]	3,00 [2 a 3]	107	0,27

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$

#### **6.5. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y DISPONER DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

No se encontraron diferencias significativas, ni en los dominios ni en las subescalas de la STIPO, en los 8 pacientes que tenían reconocido un certificado de discapacidad.

#### **6.6. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y TOMAR TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO**

Se encontraron diferencias significativas en la subescala agresión autodirigida ( $U=37$ ;  $p=0,018$ ; tamaño del efecto=0,36), encontrándose que los pacientes con tratamiento psicofarmacológico tenían puntuaciones más altas. El resto de variables no resultaron significativas.

#### **6.7. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y LA PRESENCIA DE CUALQUIER ANTECEDENTE DE TIPO TRAUMÁTICO (MALTRATO FÍSICO, ABUSO SEXUAL, VIOLACIÓN):**

Se encontraron diferencias significativas en la subescala sentido del self ( $U=142,5$ ;  $p=0,036$ ; tamaño del efecto=0,32), encontrándose que los pacientes con antecedentes de eventos traumáticos presentaron valores más altos en la variable.

#### **6.8. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y LA PRESENCIA DE ANTECEDENTES DE ABUSO SEXUAL:**

La muestra presenta 13 pacientes con antecedentes de abuso sexual, todas ellas mujeres. Por este motivo, se realizó el análisis estadístico sobre una muestra reducida de 35 pacientes, excluyendo a los varones. Se encontraron diferencias significativas, con puntuaciones más altas en los pacientes con historia de abuso sexual, en los dominios identidad ( $U=77,5$ ;  $p=0,016$ ; tamaño del efecto=0,37) y capacidad de afrontamiento ( $U=71,5$ ;  $p=0,009$ ; tamaño del

efecto=0,4); y en las subescalas sentido del self ( $U=87,5$ ;  $p=0,043$ ; tamaño del efecto=0,31) y representación de los otros ( $U=61$ ;  $p=0,002$ ; tamaño del efecto=0,46). Los resultados obtenidos están reflejados en la tabla 4.

**Tabla 4: Diferencias en los dominios y subescalas de la STIPO en MUJERES en función de los antecedentes de abuso sexual**

	<b>Antecedentes de abuso sexual (N=13)</b>  Mediana [rango]	<b>Sin antecedentes de abuso sexual (N= 22)</b>  Mediana [rango]	U	p
<b>IDENTIDAD</b>	5,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 5]	77,5	0.016*
Identidad- Capacidad de invertir	4,00 [3 a 5]	4,00 [3 a 4]	101	0.134
Identidad- Sentido del self	5,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4,25]	87,5	0.043*
Identidad- Representación de los otros	4,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	61	0.002**
<b>RELACIONES OBJETALES</b>	4,00 [3 a 4,5]	3,5 [3 a 4]	98	0.096
Relaciones objetales- Relaciones de amistad	4,00 [3 a 5]	4,00 [2 a 4]	108,5	0.215
Relaciones objetales- Relaciones íntimas y sexualidad	4,00 [3 a 5]	3,00 [3 a 4]	96,5	0.088
Relaciones objetales- Modelo interno de relación	4,00 [2,5 a 4]	3,00 [2 a 3,25]	90	0.057
<b>DEFENSAS PRIMITIVAS</b>	4,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	103	0.140
<b>CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO</b>	5,00 [5 a 5]	4,00 [3 a 5]	71,5	0.009**
<b>AGRESIÓN</b>	4,00 [3 a 4]	3,00 [3 a 4]	109	0.206
Agresión autodirigida	5,00 [4 a 5]	4,50 [3,75 a 5]	119	0.364
Agresión hacia otros	3,00 [2,5 a 3]	3,00 [2 a 3]	137	0.822
<b>VALORES MORALES</b>	3,00 [2 a 3]	2,00 [2 a 3]	120	0.392

\* $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$

#### **6.9. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y ANTECEDENTES DE AUTOLESIONES:**

Se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala agresión autodirigida ( $U = 88,5$ ;  $p = 0,009$ ; tamaño del efecto = 0,4), la cual incluye la presencia de autolesiones entre sus preguntas. Los pacientes con historia de autolesiones presentaron puntuaciones más altas en la variable.

#### **6.10. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y LOS ANTECEDENTES DE INTENTOS DE SUICIDIO:**

Se encontraron diferencias muy significativas en las puntuaciones de la subescala de agresión autodirigida ( $U = 36,5$ ;  $p < 0,001$ ; tamaño del efecto = 0,72), la cual puntúa en gran medida en base a la existencia o no de intentos de suicidio. Los pacientes con historia de intentos de suicidio presentaron puntuaciones más altas en la variable.

#### **6.11. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y LA COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD CLUSTER B, MEDIDO CON SCID-II:**

La evaluación de la presencia de comorbilidad con otros trastornos de personalidad del cluster B, a través de la entrevista SCID-II, solo se pudo realizar en 41 de los 43 pacientes de la muestra. Se encontraron diferencias significativas, con puntuaciones más altas en los pacientes que tenían algún diagnóstico comórbido de otro TP cluster B, en el dominio defensas primitivas ( $U = 112,5$ ;  $p = 0,009$ ; tamaño del efecto = 0,41), y una tendencia en identidad ( $U = 136,5$ ;  $p = 0,055$ ). De las subescalas, se encontraron diferencias significativas en capacidad de invertir ( $U = 127,5$ ;  $p = 0,035$ ; tamaño del efecto = 0,33) y representación de los otros ( $U = 131$ ;  $p = 0,037$ ; tamaño del efecto = 0,33), y una tendencia en el modelo interno de relación ( $U = 133,5$ ;  $p = 0,052$ ). Las diferencias de puntuación en las diferentes variables están recogidas en la tabla 5.



**Tabla 5: Diferencias en los dominios y subescalas de la STIPO en función de la presencia de al menos un diagnóstico comórbido de trastorno de personalidad cluster B medido con la SCID-II <sup>a</sup>**

	<b>Sin comorbilidad TP cluster B (N=24)</b> Mediana [rango]	<b>Comorbilidad TP cluster B (N=17)</b> Mediana [rango]	U	P
<b>IDENTIDAD</b>	4,00 [3,25 a 5]	5,00 [4 a 5]	136,50	0,055
Identidad- Capacidad de invertir	3,50 [3 a 4]	4,00 [3,50 a 5]	127,5	0,035*
Identidad- Sentido del self	4,00 [3 a 4,75]	4,00 [4 a 5]	169	0,321
Identidad- Representación de los otros	4,00 [3 a 4]	4,00 [4 a 5]	131	0,037*
<b>RELACIONES OBJETALES</b>	4,00 [3 a 4]	4,00 [3 a 4,5]	160	0,201
Relaciones objetales- Relaciones de amistad	4,00 [2 a 4]	4,00 [3,5 a 5]	151,5	0,139
Relaciones objetales- Relaciones íntimas y sexualidad	3,00 [3 a 4]	4,00 [3 a 5]	139	0,068
Relaciones objetales- Modelo interno de relación	3,00 [2 a 4]	4,00 [2,5 a 4,5]	133,5	0,052
<b>DEFENSAS PRIMITIVAS</b>	4,00 [3 a 4]	5,00 [4 a 5]	112,5	0,009**
<b>CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO</b>	4,00 [3 a 5]	5,00 [4 a 5]	146,5	0,104
<b>AGRESIÓN</b>	3,00 [3 a 4]	4,00 [3 a 4]	153,5	0,156
Agresión autodirigida	4,00 [3 a 5]	5,00 [4 a 5]	138	0,061
Agresión hacia otros	3,00 [2 a 3]	3,00 [2 a 3]	186	0,615
<b>VALORES MORALES</b>	2,00 [2 a 3]	3,00 [2 a 3]	142,5	0,082

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01^a$ . Los datos sobre la SCID-II solo están disponibles para 41 pacientes. Abreviaturas: TP: Trastorno de personalidad

#### **6.12. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y LA COMORBILIDAD CON EL TRASTORNO HISTRIÓNICO DE PERSONALIDAD, MEDIDO CON SCID-II**

La evaluación de la presencia de comorbilidad con el trastorno histriónico de personalidad, medido a través de la entrevista SCID-II, solo se pudo realizar en 41 de los 43 pacientes de la muestra. Se encontraron diferencias significativas en el dominio valores morales ( $U=46,5$ ;  $p=0,021$ ; tamaño del efecto= $0,36$ ), encontrándose que los pacientes con trastorno histriónico comórbido presentan valores más altos en la variable.

#### **6.13. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y LA COMORBILIDAD CON EL TRASTORNO NARCISISTA DE PERSONALIDAD, MEDIDO CON SCID-II**

La evaluación de la presencia de comorbilidad con el trastorno narcisista de personalidad, medido a través de la entrevista SCID-II, solo se pudo realizar en 41 de los 43 pacientes de la muestra. No se encontraron diferencias significativas, ni en los dominios ni en las subescalas de la STIPO, en los 9 pacientes con diagnóstico SCID-II de trastorno narcisista de personalidad

#### **6.14. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y LA COMORBILIDAD CON EL TRASTORNO ANTISOCIAL DE PERSONALIDAD (TPA), MEDIDO CON SCID-II**

La evaluación de la presencia de comorbilidad con el TPA, a través de la entrevista SCID-II, solo se pudo realizar en 41 de los 43 pacientes de la muestra. Se encontraron diferencias significativas, con mayores puntuaciones en los pacientes comórbidos con TPA, en todos los dominios de la STIPO: identidad ( $U=52,5$ ;  $p=0,002$ ; tamaño del efecto= $0,48$ ), relaciones objetales ( $U=79$ ;  $p=0,025$ ; tamaño del efecto= $0,35$ ), defensas primitivas ( $U=39$ ,  $p<0,001$ , tamaño del efecto= $0,55$ ), capacidad de afrontamiento ( $U=60$ ;  $p=0,005$ ; tamaño

del efecto=0,44), agresión (U=76; p=0,023; tamaño del efecto=0,35), y valores morales (U=72,5; p=0,016; tamaño del efecto=0,38). Entre las subescalas, se encontraron diferencias significativas en capacidad de invertir (U=51; p=0,002; tamaño del efecto=0,48), representación de los otros (U=71; p=0,013; tamaño del efecto=0,39), relaciones íntimas y sexualidad (U=79; p=0,03; tamaño del efecto=0,34), y modelo interno de relación (U=56,5; p=0,004; tamaño del efecto=0,45). Se observa una tendencia para relaciones de amistad (U=86,5; p=0,054). Las diferencias de puntuación en las diferentes variables están recogidas en la tabla 6.

**Tabla 6: Diferencias en los dominios y subescalas de la STIPO en función de la presencia de un diagnóstico comórbido de trastorno de personalidad antisocial (TPA) medido con la SCID-II <sup>a</sup>**

	<b>Sin comorbilidad TPA (N=32)</b> Mediana [rango]	<b>Comorbilidad TPA (N=9)</b> Mediana [rango]	U	P
<b>IDENTIDAD</b>	4,00 [3,25 a 5]	5,00 [5 a 5]	52,5	0,002**
Identidad- Capacidad de invertir	4,00 [3 a 4]	5,00 [4,50 a 5]	51	0,002**
Identidad- Sentido del self	4,00 [3 a 4,75]	4,00 [4 a 5]	103	0,167
Identidad- Representación de los otros	4,00 [3 a 4]	5,00 [4 a 5]	71	0,013*
<b>RELACIONES OBJETALES</b>	4,00 [3 a 4]	4,00 [4 a 5]	79	0,025*
Relaciones objetales- Relaciones de amistad	4,00 [2 a 4]	4,00 [4 a 5]	86,5	0,054
Relaciones objetales- Relaciones íntimas y sexualidad	3,00 [3 a 4]	4,00 [3,5 a 5]	79	0,03*
Relaciones objetales- Modelo interno de relación	3,00 [2 a 4]	4,00 [3,5 a 5]	56,5	0,004**
<b>DEFENSAS PRIMITIVAS</b>	4,00 [3 a 4]	5,00 [4,5 a 5]	39	<0,001***
<b>CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO</b>	4,00 [3 a 5]	5,00 [5 a 5]	60	0,005**
<b>AGRESIÓN</b>	3,00 [3 a 4]	4,00 [3,5 a 5]	76	0,023*
Agresión autodirigida	4,00 [3,25 a 5]	5,00 [4 a 5]	118	0,379
Agresión hacia otros	3,00 [2 a 3]	3,00 [3 a 4]	90,5	0,075
<b>VALORES MORALES</b>	2,00 [2 a 3]	3,00 [2,5 a 4]	72,5	0,016*

\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001; <sup>a</sup>Los datos sobre la SCID-II solo están disponibles para 41 pacientes. Abreviaturas: TPA: Trastorno de personalidad antisocial.

**6.15. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y LA COMORBILIDAD CON CONSUMO DE CANNABIS:**

Se encontraron diferencias significativas en el dominio valores morales ( $U=139,5$ ;  $p=0,021$ ; tamaño del efecto= $0,35$ ), que incluye el consumo de drogas entre sus preguntas, con puntuaciones más elevadas entre los consumidores. También se encuentran diferencias significativas en la subescala agresión hacia otros ( $U=147$ ;  $p=0,035$ ; tamaño del efecto= $0,32$ ), también con puntuaciones medias más altas entre los consumidores.

**6.16. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y LA COMORBILIDAD CON CONSUMO DE ESTIMULANTES:**

No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los dominios y subescalas de la STIPO en función del consumo de estimulantes.

**6.17. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y LA COMORBILIDAD CON CRITERIOS DE DEPENDENCIA A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES TÓXICOS (CANNABIS, ALCOHOL, COCAÍNA):**

No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los dominios y subescalas de la STIPO. Se apunta una tendencia ( $U= 60,5$ ;  $p=0,06$ ) a que las personas con dependencia a tóxicos tienen puntuaciones más bajas (mejor funcionamiento) en la subescala relaciones íntimas y sexualidad.

**6.18. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y LA COMORBILIDAD CON TDAH:**

No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los dominios y subescalas de la STIPO en función de la presencia de TDAH. La  $n$  es muy pequeña (3 pacientes comórbidos).

### 6.19. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y DIAGNÓSTICO DE TLP SEGÚN LA SCID-II

La evaluación de la presencia de un diagnóstico de TLP a través de la entrevista SCID-II, solo se pudo realizar en 41 de los 43 pacientes de la muestra. Se encontraron diferencias significativas en el dominio agresión ( $U=41,5$ ,  $p=0,013$ , tamaño del efecto=0,39), y sobre todo en la subescala agresión autodirigida ( $U=32$ ,  $p=0,004$ , tamaño del efecto=0,45), donde los pacientes diagnosticados de TLP a través de la SCID-II puntuaron significativamente más alto (ver tabla 7).

**Tabla 7: Diferencias en los dominios y subescalas de la STIPO en función de cumplir criterios diagnósticos de TLP en la SCID-II<sup>a</sup>**

	Cumple criterios TLP SCID-II (N=35) Mediana [rango]	No cumple criterios TLP SCID-II (N=6) Mediana [rango]	U	p
<b>IDENTIDAD</b>	4,00 [4 a 5]	4,00 [3,75 a 4,25]	84	0,406
Identidad- Capacidad de invertir	4,00 [3 a 5]	3,50 [3 a 4]	79,5	0,326
Identidad- Sentido del self	4,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	75	0,236
Identidad- Representación de los otros	4,00 [3 a 5]	4,00 [3,75 a 4,25]	104	0,968
<b>RELACIONES OBJETALES</b>	4,00 [3 a 4]	4,00 [4 a 4,25]	64,5	0,101
Relaciones objetales- Relaciones de amistad	4,00 [2 a 4]	4,00 [4 a 4,25]	79	0,307
Relaciones objetales- Relaciones íntimas y sexualidad	3,00 [3 a 4]	4,00 [3,75 a 5]	63,5	0,104
Relaciones objetales- Modelo interno de relación	3,00 [2 a 4]	3,00 [3 a 4]	95	0,701
<b>DEFENSAS PRIMITIVAS</b>	4,00 [3 a 5]	4,00 [3 a 4]	76	0,251
<b>CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO</b>	5,00 [4 a 5]	3,50 [3 a 4,25]	67,5	0,139
<b>AGRESIÓN</b>	4,00 [3 a 4]	2,50 [1,75 a 3,25]	41,5	0,013*
Agresión autodirigida	5,00 [4 a 5]	2,50 [1,75 a 3,50]	32	0,004**
Agresión hacia otros	3,00 [2 a 3]	2,00 [1,75 a 3]	62,5	0,098
<b>VALORES MORALES</b>	3,00 [2 a 3]	2,00 [1,75 a 2,25]	63	0,098

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; <sup>a</sup> Los datos de SCID-II solo están disponibles para 41 pacientes.

## 6.20. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y UNA PUNTUACIÓN EN LA DIB-R SUGERENTE DE TLP ( $\geq 6$ )

La administración de la entrevista diagnóstica para pacientes límite DIB-R solo se pudo realizar en 41 de los 43 pacientes de la muestra. Se encontraron diferencias significativas en los dominios defensas primitivas ( $U=127$ ;  $p=0,029$ ; tamaño del efecto=0,34) y agresión ( $U=95,5$ ;  $P=0,002$ ; tamaño del efecto=0,48), y en la subescala identidad del self ( $U=126$ ;  $p=0,027$ ; tamaño del efecto=0,35); con puntuaciones más altas en los pacientes con diagnóstico sugerente de TLP por la DIB-R. Los resultados vienen recogidos en la tabla 8.

**Tabla 8: Diferencias en los dominios y subescalas de la STIPO en función de una puntuación en la DIB-R<sup>a</sup> sugerente de TLP ( $\geq 6$ )**

	Puntuación DIB-R $\geq 6$ (N=24) Mediana [rango]	Puntuación DIB-R $< 6$ (N=17) Mediana [rango]	U	p
<b>IDENTIDAD</b>	4,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 5]	155,5	0,168
Identidad- Capacidad de invertir	4,00 [3,25 a 5]	4,00 [3 a 4,5]	138,5	0,07
Identidad- Sentido del self	4,00 [4 a 5]	4,00 [2,5 a 4]	126	0,027*
Identidad- Representación de los otros	4,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	151	0,130
<b>RELACIONES OBJETALES</b>	4,00 [3 a 4]	4,00 [3 a 4]	180,5	0,495
Relaciones objetales- Relaciones de amistad	4,00 [3 a 4,75]	4,00 [2 a 4]	176,5	0,439
Relaciones objetales- Relaciones íntimas y sexualidad	3,00 [3 a 4]	4,00 [3 a 4,5]	170,5	0,346
Relaciones objetales- Modelo interno de relación	3,00 [3 a 4]	3,00 [2 a 4]	158,5	0,210
<b>DEFENSAS PRIMITIVAS</b>	4,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	127	0,029*
<b>CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO</b>	5,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 5]	148,5	0,116
<b>AGRESIÓN</b>	4,00 [3 a 4]	3,00 [2 a 4]	95,5	0,002**
Agresión autodirigida	5,00 [4 a 5]	4,00 [2,5 a 5]	143	0,083
Agresión hacia otros	3,00 [2 a 3,75]	3,00 [2 a 3]	153	0,154
<b>VALORES MORALES</b>	3,00 [2 a 3]	2,00 [2 a 3]	166	0,283

\* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; <sup>a</sup> Los datos de DIB-R solo están disponibles para 41 pacientes.

#### **6.21. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y LA GRAVEDAD CLÍNICA MEDIDA POR LA CGI-BPD**

Se escogió 5 como punto de corte en la CGI para diferenciar entre los pacientes graves a nivel sintomático del resto. El valor 5 hace referencia a un paciente “marcadamente enfermo”. 12 pacientes (el 28 %) presentaron valores  $\geq 5$ .

Dividiendo la muestra de este modo, se encontraron diferencias significativas (mayor puntuación en la STIPO en pacientes con CGI  $\geq 5$ ) en todos los dominios de la STIPO menos agresión: identidad (U= 94,5; p= 0,008; tamaño del efecto=0,41), relaciones objetales (U= 104; p= 0,015; tamaño del efecto=0,37), defensas primitivas (U= 95, p=0,008, tamaño del efecto=0,4), capacidad de afrontamiento (U= 102, p= 0,014, tamaño del efecto=0,37) y valores morales (U= 102, p= 0,015, tamaño del efecto=0,37).

Respecto a las subescalas, se hallaron diferencias significativas en capacidad de invertir (U= 86,5, p= 0,005, tamaño del efecto=0,43), sentido del self (U= 88,5; p= 0,005; tamaño del efecto=0,43), relaciones de amistad (U= 115,5; p=0,044, tamaño del efecto=0,31), relaciones íntimas y sexualidad (U= 112,5; p= 0,034; tamaño del efecto=0,32) y agresión hacia otros (U= 97,5; p=0,011; tamaño del efecto=0,39). La subescala representación de los otros mostró una tendencia a la diferencia, sin llegar a ser significativa (U= 119; p=0,051).

La tabla 9 muestra las diferencias en los dominios y subescalas de la STIPO en función del CGI.

La figura 3 muestra las diferencias en las puntuaciones medias de los dominios de la STIPO respecto al CGI.

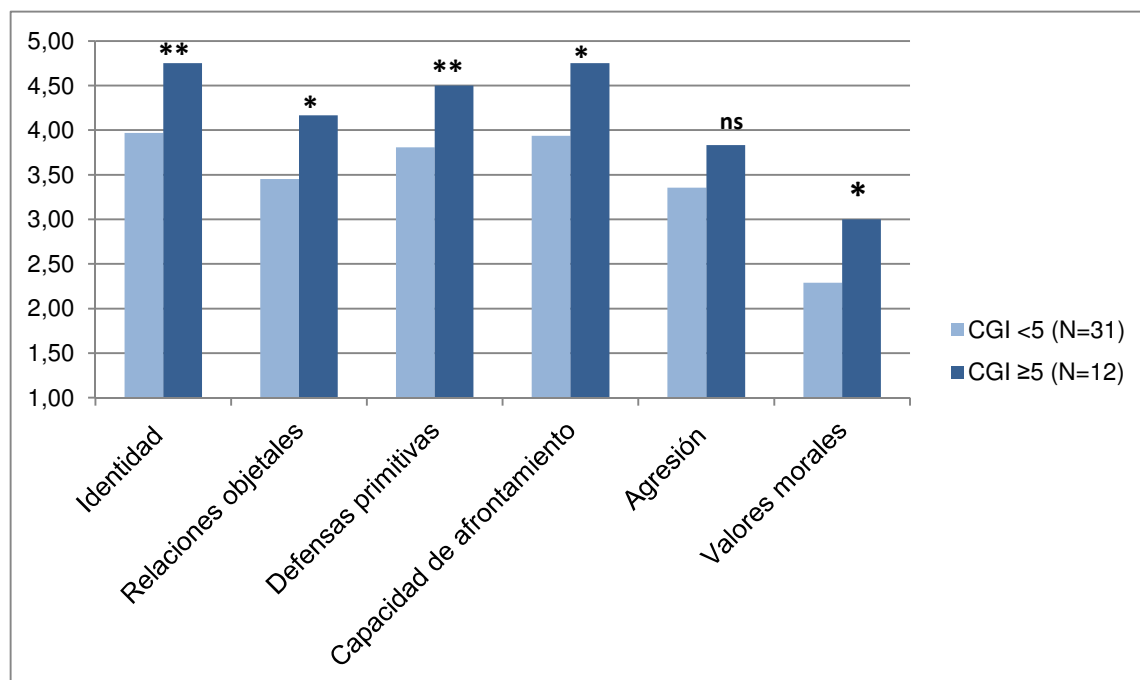
**Tabla 9: Diferencias en los dominios y subescalas de la STIPO en función de la gravedad clínica (CGI-BPD  $\geq 5$ )**

	<b>Puntuación CGI <math>\geq 5</math> (N=12)</b> Mediana [rango]	<b>Puntuación CGI <math>&lt; 5</math> (N=31)</b> Mediana [rango]	U	p
<b>IDENTIDAD</b>	5,00 [4,25 a 5]	4,00 [3 a 5]	94,5	0,008**
Identidad- Capacidad de invertir	5,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	86,5	0,005**
Identidad- Sentido del self	5,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	88,5	0,005**
Identidad- Representación de los otros	4,50 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	119	0,051
<b>RELACIONES OBJETALES</b>	4,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	104	0,015*
Relaciones objetales- Relaciones de amistad	4,50 [3,25 a 5]	4,00 [2 a 4]	115,5	0,044*
Relaciones objetales- Relaciones íntimas y sexualidad	4,00 [3,25 a 5]	3,00 [3 a 4]	112,5	0,034*
Relaciones objetales- Modelo interno de relación	4,00 [3,25 a 4,75]	3,00 [2 a 4]	121	0,067
<b>DEFENSAS PRIMITIVAS</b>	5,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	95	0,008**
<b>CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO</b>	5,00 [4,25 a 5]	4,00 [3 a 5]	102	0,014*
<b>AGRESIÓN</b>	4,00 [3 a 4]	3,00 [3 a 4]	134	0,134
Agresión autodirigida	4,50 [4 a 5]	4,00 [3 a 5]	156,5	0,392
Agresión hacia otros	3,00 [3 a 4]	3,00 [2 a 3]	97,5	0,011*
<b>VALORES MORALES</b>	3,00 [2,25 a 3,75]	2,00 [2 a 3]	102	0,015*

\*p<0,05; \*\*p<0,01



**Figura 3: Diferencias en los dominios de la STIPO según la gravedad de la enfermedad medida por CGI-BPD<sup>a</sup>**



\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; <sup>ns</sup> no significativo

<sup>a</sup>las puntuaciones reflejan el valor estadístico media.

## 6.22. CORRELATO ENTRE LA PUNTUACIÓN EN LA STIPO Y LA FUNCIONALIDAD MEDIDA POR LA GAF

Dividimos la muestra en función de las puntuaciones de la GAF, tomando como punto de corte para diferenciar dónde existen alteraciones significativas de la funcionalidad el valor 61, que indica: *...alguna dificultad en la actividad escolar, social o laboral...pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas*. Además, este es un punto de corte ya utilizado por otros grupos de investigación en estudios previos, como los del MSAD (11).

Con este punto de corte, hay 11 pacientes (un 26%) que presentan alteraciones significativas en la funcionalidad. Estos pacientes muestran diferencias significativas en la puntuación de todos los dominios de la STIPO menos agresión y valores morales, si bien este último muestra una tendencia hacia la significación ( $U= 111,5$ ;  $p=0,055$ ). Hay diferencias en identidad ( $U= 79$ ;  $p=0,004$ ; tamaño del efecto=0,44), relaciones objetales ( $U= 99$ ;  $p=0,019$ ; tamaño del efecto=0,36), defensas primitivas ( $U= 84,5$ ;  $p=0,006$ ; tamaño del efecto=0,42) y capacidad de afrontamiento ( $U= 87$ ;  $p= 0,008$ ; tamaño del efecto=0,41).

Con respecto a las subescalas de la STIPO, estos pacientes muestran diferencias significativas en la puntuación de todas las subescalas menos modelo interno de relación y agresión autodirigida: capacidad de invertir ( $U= 64,5$ ;  $p=0,001$ ; tamaño del efecto=0,49), sentido del self ( $U= 60,5$ ;  $p= 0,001$ ; tamaño del efecto=0,53), representación de los otros ( $U= 78,5$ ;  $p=0,003$ ; tamaño del efecto=0,45), relaciones de amistad ( $U= 96$ ;  $p= 0,019$ ; tamaño del efecto=0,36), relaciones íntimas y sexualidad ( $U= 83$ ;  $p=0,006$ ; tamaño del efecto=0,42) y agresión hacia otros ( $U= 108$ ;  $p=0,044$ ; tamaño del efecto=0,31).

La tabla 10 muestra las diferencias en los dominios y subescalas de la STIPO en función del GAF.

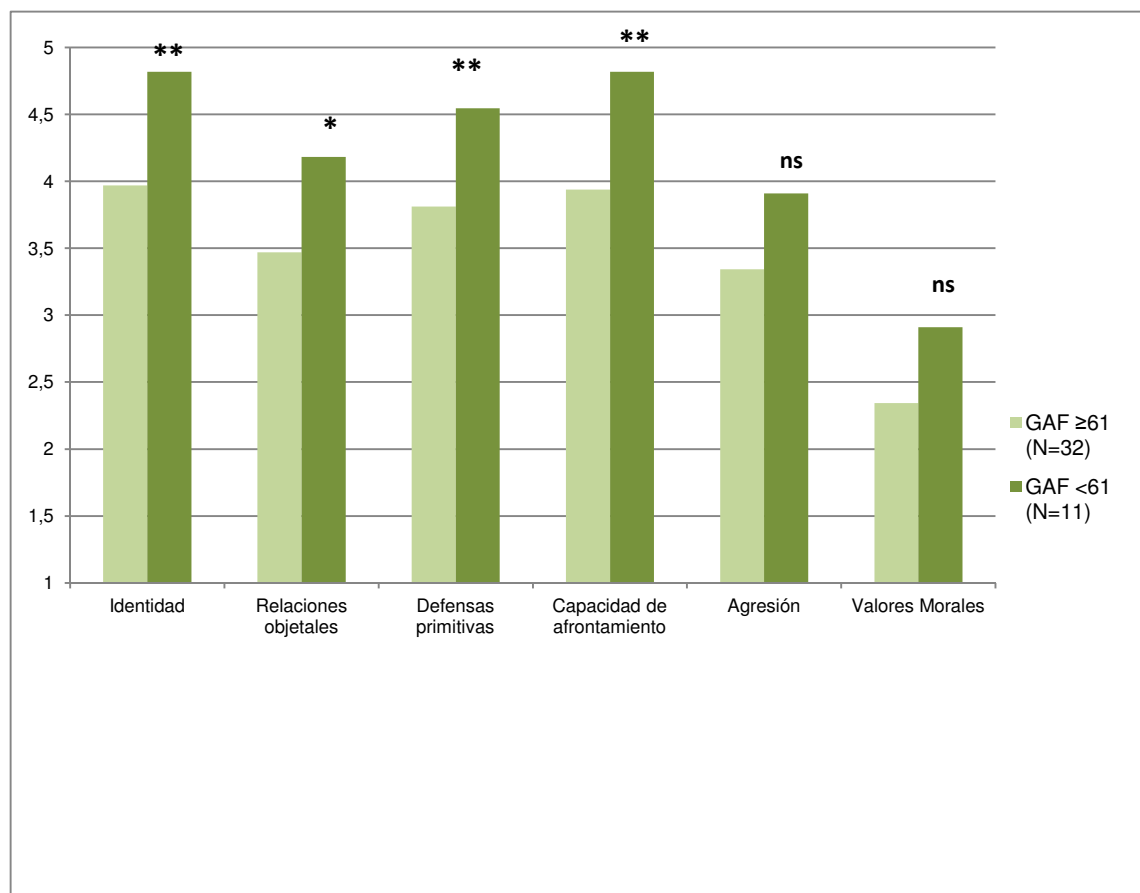
Las figuras 4a y 4b muestran las diferencias en las puntuaciones medias de los dominios y subescalas de la STIPO respecto al GAF.

**Tabla 10: Diferencias en los dominios y subescalas de la STIPO en función de su puntuación en la escala GAF (mala vs. buena funcionalidad)**

	<b>Puntuación GAF &lt;61 (N=11)</b> Mediana [rango]	<b>Puntuación GAF ≥61 (N=32)</b> Mediana [rango]	U	p
<b>IDENTIDAD</b>	5,00 [5 a 5]	4,00 [3,25 a 5]	79	0,004**
Identidad- Capacidad de invertir	5,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	64,5	0,001**
Identidad- Sentido del self	5,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	60,5	0,001**
Identidad- Representación de los otros	5,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	78,5	0,003**
<b>RELACIONES OBJETALES</b>	4,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	99	0,019*
Relaciones objetales- Relaciones de amistad	5,00 [4 a 5]	4,00 [2 a 4]	96	0,019*
Relaciones objetales- Relaciones íntimas y sexualidad	4,00 [4 a 5]	3,00 [3 a 4]	83	0,006**
Relaciones objetales- Modelo interno de relación	4,00 [2 a 5]	3,00 [2 a 4]	134,5	0,229
<b>DEFENSAS PRIMITIVAS</b>	5,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 4]	84,5	0,006**
<b>CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO</b>	5,00 [5 a 5]	4,00 [3 a 5]	87	0,008**
<b>AGRESIÓN</b>	4,00 [3 a 4]	3,00 [3 a 4]	115,5	0,073
Agresión autodirigida	5,00 [4 a 5]	4,00 [3 a 5]	125	0,128
<b>Agresión hacia otros</b>	3,00 [3 a 4]	3,00 [2 a 3]	108	0,044*
<b>VALORES MORALES</b>	3,00 [2,25 a 3,75]	2,00 [2 a 3]	111,5	0,055

\*p<0,05; \*\*p<0,01

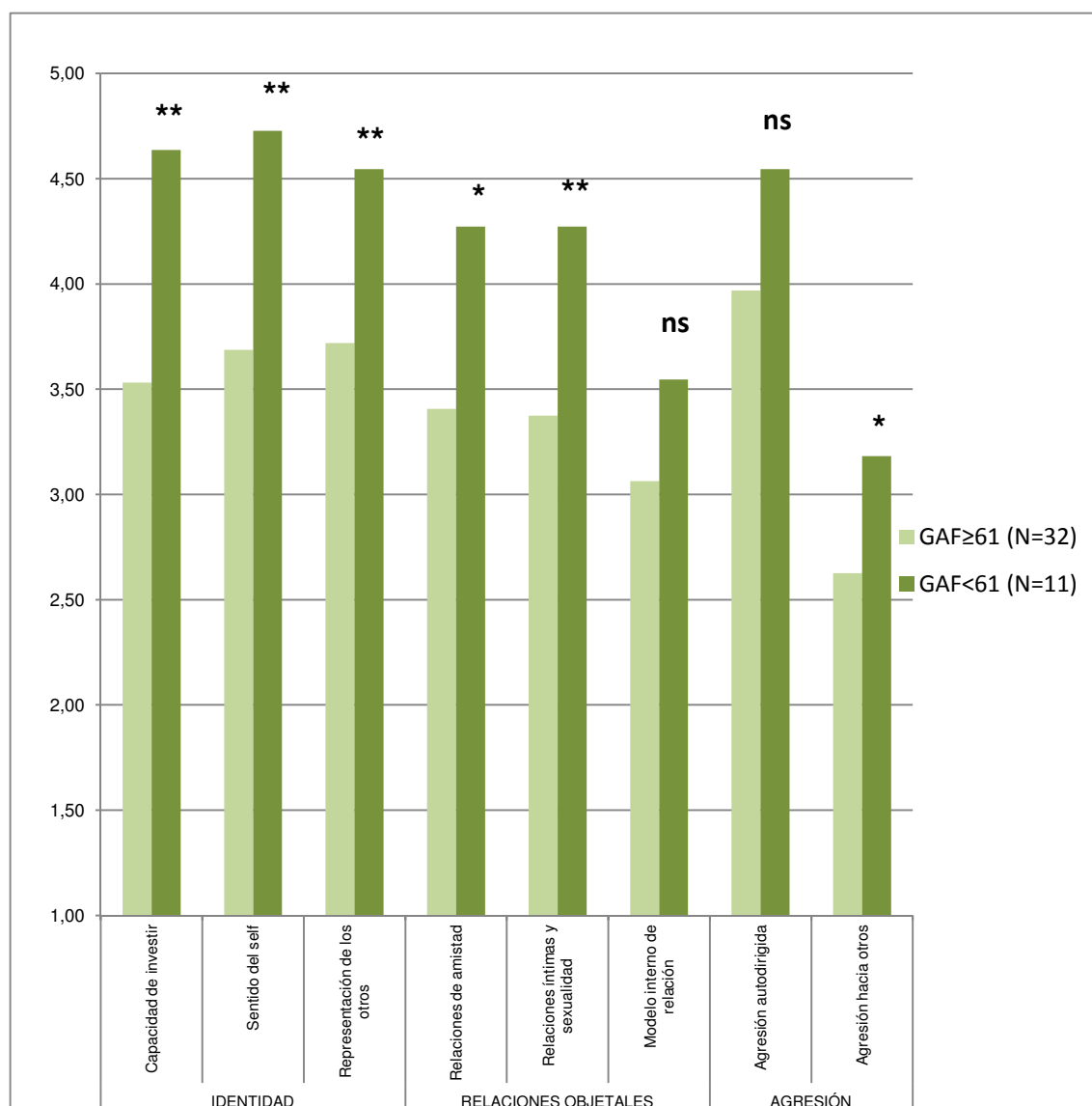
**Figura 4a: Diferencias en los dominios de la STIPO en pacientes con alteraciones en la funcionalidad (GAF<61) frente al grupo GAF≥61<sup>a</sup>**



\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$ ; <sup>ns</sup>no significativo

<sup>a</sup>las puntuaciones reflejan el valor estadístico media

**Figura 4b: Diferencias en las subescalas de la STIPO en pacientes con buena funcionalidad (GAF $\geq$ 61) frente al grupo GAF<61**



\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$ ; ns no significativo

<sup>a</sup>las puntuaciones reflejan el valor estadístico media

### 6.23. CORRELACIÓN BIVARIADA ENTRE PUNTUACIONES EN LA STIPO Y FUNCIONALIDAD MEDIDA POR LA GAF

Para comprobar que la significación de la relación entre la puntuación en los diferentes dominios y subescalas de la STIPO y la funcionalidad de los pacientes, medida en relación a la puntuación en la GAF, no estuviera condicionada al hecho de hacer de la GAF una variable dicotómica, en virtud del valor de corte “61” seleccionado, se realizó una correlación bivariada entre las puntuaciones en la STIPO y las puntuaciones en la GAF, medida ahora como variable cuantitativa.

Se encontraron correlaciones significativas entre todos los dominios de la STIPO y las puntuaciones de la GAF, salvo con la dimensión agresión. En el dominio identidad la correlación encontrada fue muy significativa ( $r = -.552$ ;  $p < 0,001$ ,  $r^2 = 0,304$ ).

Los datos obtenidos en la correlación bivariada están reflejados en la Tabla 11a.

**Tabla 11a: Correlaciones entre los dominios de la STIPO y las puntuaciones en la escala GAF.**

		IDENTIDAD	RELACIONES OBJETALES	DEFENSAS PRIMITIVAS	CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO	AGRESIÓN	VALORES MORALES
GAF	<i>r</i>	-,552	-,435	-,460	-,482	-,204	-,400
	<i>p</i>	<0,001***	0,004**	0,002**	0,001**	0,190	0,008**
	<i>r</i> <sup>2</sup>	0,304	0,189	0,211	0,232	0,041	0,16

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

*r*<sup>2</sup> expresa el tamaño del efecto.

Abreviaturas: GAF: Global Assessment of Functioning

Respecto a los resultados encontrados en las correlaciones de las diferentes subescalas de la STIPO con la GAF, encontramos significación en todas ellas, salvo en agresión autodirigida. Como en el caso de los dominios, alguna subescala alcanzó una significación muy significativa. En este caso, la capacidad de invertir ( $r^2 = ,577$ ;  $p < 0,001$ ;  $r = 0,332$ ) y el sentido del self ( $r = ,581$ ;  $p < 0,001$ ;  $r^2 = 0,337$ )

Los resultados de estas correlaciones y sus propiedades estadísticas se resumen en la tabla 11b.

**Tabla 11b: Correlaciones entre las subescalas de la STIPO y la funcionalidad**

		IDENTIDAD			RELACIONES OBJETALES			AGRESIÓN	
		Capacida d de invertir	Sentido del self	Represent ación de los otros	Relaciones de amistad	Relaciones íntimas y sexualidad	Modelo interno de relación	Agresión autodirigida	Agresión hacia otros
<b>G A F</b>	<b>r</b>	-,577	-,581	-,451	-,473	-,374	-,353	-,084	-,304
	<b>p</b>	<0,001***	<0,001***	0,002**	0,001**	0,013*	0,02*	0,594	0,048*
	<b>r<sup>2</sup></b>	0,332	0,337	0,203	0,223	0,139	0,124	0,007	0,092

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

***r<sup>2</sup>* expresa el tamaño del efecto.**

Abreviaturas: GAF: Global Assessment of Functioning

#### 6.24. MODELO EXPLICATIVO DEL VALOR PREDICTIVO DE LA STIPO RESPECTO A LA FUNCIONALIDAD (EXPRESADA EN FUNCIÓN DE LA PUNTUACIÓN EN LA GAF COMO VARIABLE DICOTÓMICA, CON VALOR DE CORTE 61)

Tras encontrar una correlación significativa entre las puntuaciones de los pacientes en los dominios y subescalas de la STIPO, y su funcionalidad medida por su puntuación en la escala GAF, se procedió a realizar un modelo predictivo del valor de la puntuación en la STIPO respecto a la GAF.

Los resultados muestran que el mayor valor predictivo le corresponde al dominio identidad ( $r^2=0,267$ ,  $F=16,265$ ,  $p<0,001$ ), detalles en las tablas 12a y 12b.

**Tabla 12a: Modelo regresión lineal dominios STIPO respecto a la funcionalidad**

	B	Beta Tipificado	Sig.	Intervalo de confianza 95,0%	
				Límite inferior	Límite superior
(Constante)	96,536		<0.001	83,066	110,006
Identidad	-6,284	-0,533	<0.001	-9,43	-3,137

**Tabla 12b: Modelo regresión lineal dominios STIPO respecto a la funcionalidad: variables excluidas.**

	Beta	Sig.	Correlación parcial
Relaciones objetales	-0,215	0,209	-0,198
Defensas primitivas	-0,141	0,5	-0,107
Capacidad de afrontamiento	-0,1	0,677	-0,066
Agresión	0,041	0,793	0,042
Valores morales	-0,251	0,104	-0,255



Para aumentar y confirmar la validez de este resultado, se realizó un modelo de regresión logística binaria con las puntuaciones en la escala GAF dicotomizadas. En este nuevo modelo, el dominio de la STIPO que mejor predijo el cambio en la puntuación de la GAF también fue la identidad ( $r^2=0,315$ ;  $\beta=-1,978$ ;  $p=0,015$ ; IC [0,028 a 0,683]).

Se repitió el modelo de regresión lineal múltiple empleando las subescalas de la STIPO, con el objetivo de evaluar cuál de ellas mostraba mayor valor predictivo sobre la funcionalidad. La variable con mejor valor predictivo fue la subescala de identidad sentido del self ( $r^2=0,312$ ;  $F=20,085$ ;  $p<0,001$ ). Las características y los resultados del modelo se muestran en las tablas 13a y 13b.

**Tabla 13a: Modelo de regresión lineal subescalas STIPO respecto a la funcionalidad): coeficientes.**

	B	Beta	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0%	
				Límite inferior	Límite superior
(Constante)	95,736		<0.001	83,924	107,549
Sentido del self	-6,451	-0,573	<0.001	-9,358	-3,544

**Tabla 13b: Modelo de regresión lineal subescalas STIPO respecto a la funcionalidad: variables excluidas**

	Beta	Sig.	Correlación parcial
Capacidad de invertir	-0,325	0,078	-0,275
Representación de los otros	-0,126	0,47	-0,115
Relaciones de amistad	-0,271	0,069	-0,283
Relaciones íntimas y sexualidad	-0,188	0,176	-0,213
Modelo interno de relación	-0,144	0,326	-0,155
Agresión autodirigida	-0,023	0,865	-0,027
Agresión hacia otros	-0,084	0,558	-0,093

Los resultados mostrados anteriormente sugieren que el dominio identidad y la subescala sentido del self son las dos variables de la STIPO que mejor predicen la funcionalidad en los pacientes de la muestra. Con estos resultados, se planteó ver si podían existir otras variables en la muestra que estuvieran influyendo en la puntuación de la escala GAF, funcionando como variables de confusión. Se realizaron correlaciones entre la puntuación en la escala GAF y otras variables del estudio que podían influir en la puntuación de la escala GAF. Así, se realizaron correlatos entre la GAF y distintas variables sociodemográficas y clínicas de la muestra. De todas las variables seleccionadas, solo presentó una relación significativa la diferencia en las puntuaciones en la GAF en función de la presencia o no de comorbilidad con otros trastornos de personalidad del cluster B ( $p=0,018$ ; tamaño del efecto=0,37). Los resultados de los correlatos realizados se muestran en la tabla 14.

**Tabla 14: Relación entre la GAF y posibles variables de confusión**

	GAF	
	p	Tamaño del efecto**
<b>Sexo</b>	0.216	0,19
<b>Edad</b>	0.653	0,005
<b>Comorbilidad TP cluster B</b>	<b>0,018*</b>	<b>0,37</b>
<b>Abuso sexual</b>	0,397	0,13
<b>Trauma</b>	0,331	0,15
<b>Intentos de suicidio</b>	0,393	0,13
<b>TDAH</b>	0,217	0,19
<b>Uso cannabis</b>	0,192	0,2
<b>Uso estimulantes</b>	0,48	0,11
<b>Dependencia a tóxicos</b>	0,682	0,06

\* $p<0,05$ \*\* Tamaño del efecto variables cualitativas:  $Z/\sqrt{N}$ . \*\* Tamaño del efecto variables cuantitativas:  $r^2$

ABREVIATURAS: TP Trastorno de personalidad

Finalmente, se realizó un modelo de regresión lineal múltiple, controlado por la presencia de comorbilidad con un TP cluster B, explicativo del valor predictivo de la STIPO respecto a la funcionalidad de los pacientes de la muestra, medida por la variación en la puntuación de la escala GAF.

En resumen, tenemos dos modelos predictivos que alcanzaron significación estadística, uno con los dominios y otro con las subescalas de la STIPO. En ambos, los factores de la personalidad del paciente que mejor predicen la varianza en la GAF tienen que ver con el dominio identidad. Formulado como dominio total, explicaría un 26.7% de la varianza en la GAF ( $r^2=0,267$ ;  $F=16,265$ ,  $p<0,001$ ). Si nos centramos en sus subescalas, el sentido del self mostraría un valor predictivo aún mayor, explicando un 31,2% de la varianza en la GAF ( $r^2=0,312$ ;  $F=20,085$ ;  $p<0,001$ ). Las tablas 15a y 15b resumen ambos modelos explicativos.

**Tabla 15a: Modelo 1 de regresión lineal explicativo de la relación STIPO-FUNCIONALIDAD: DOMINIO IDENTIDAD\***

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
	B	Error tip.	Beta			Límite inferior	Límite superior
<b>(Constante)</b>	96,536	6,670		14,474	,000	83,066	110,006
<b>Identidad total</b>	-6,284	1,558	-,533	-4,033	,000	-9,430	-3,137

\* Controlado por Comorbilidad con otros Trastornos de Personalidad del Cluster B

**El modelo explica un 26,7% de la varianza en la GAF ( $r^2=0,267$ ;  $F=16,265$ ;  $p<0,001$ ).**

**Tabla 15b: Modelo 2 de regresión lineal explicativo de la relación STIPO-FUNCIONALIDAD: SUBESCALA SENTIDO DEL SELF\***

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
<b>(Constante)</b>	95,736	5,849		16,368	,000	83,924	107,549
<b>ID sentido del self</b>	-6,451	1,439	-,573	-4,482	,000	-9,358	-3,544

\* Controlado por Comorbilidad con otros Trastornos de Personalidad del Cluster B

El modelo explica un 31,2% de la varianza en la GAF ( $r^2=0,312$ ;  $F=20,085$ ;  $p<0.001$ ).



## **7. *DISCUSIÓN***



Los resultados del estudio muestran que la entrevista STIPO presenta una buena validez concurrente como instrumento de tipificación de una muestra de pacientes con TLP. De manera significativa, se correlacionó con variables clínicas de reconocida relevancia en el TLP, como son la historia de abusos sexuales y la comorbilidad con otros trastornos de personalidad del cluster B – con una especial significación en el caso del trastorno antisocial de la personalidad. Es importante resaltar que, de manera contraria, no se encontró una correlación significativa entre los dominios principales de la STIPO y muchas variables clínicas asociadas con el factor descontrol conductual del constructo diagnóstico actual de TLP, como los intentos de suicidio, las autolesiones, los TUS y el TDAH. Por otro lado, la STIPO presentó una correlación significativa con la escala CGI-BPD, la cual mide severidad sintomática; postulándose como una buena herramienta para identificar gravedad sintomática en la población TLP. En este sentido, la distribución de la puntuación de los pacientes de la muestra en los diferentes dominios de la STIPO, con valores medios entre 3 y 4, nos orienta hacia la existencia de una correlación significativa entre el constructo descriptivo subyacente a la categoría nosológica TLP y el constructo teórico psicodinámico subyacente a la OLP, es decir, el modelo estructural de la personalidad de Kernberg.

Finalmente, los resultados del estudio nos muestran que la STIPO puede ser una herramienta de mucha utilidad para la evaluación de la funcionalidad de los pacientes, ya que su dominio principal – la identidad – ha mostrado, en una población TLP de nuestro medio clínico habitual, tener un buen valor predictivo respecto al funcionamiento psicosocial de los pacientes medido por la escala GAF.

A continuación, se procederá a discutir los resultados obtenidos en el estudio de un modo más detallado.



## **7.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA**

### **7.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Las características sociodemográficas encontradas en la muestra estudiada no difieren de manera significativa con las encontradas en otros estudios sobre población clínica con TLP. El perfil de mujer joven, soltera, con estudios secundarios y desempleada o estudiante; es similar al descrito por otros grupos de investigación. Por ejemplo, en un estudio publicado por Andión en 2012 con una población clínica de 262 pacientes con diagnóstico clínico de TLP en Barcelona, el perfil sociodemográfico fue el de una mujer (80%), joven (27 años de media), con estudios primarios, soltera, y desempleada (164). Quizás el nivel educacional de los pacientes de nuestra muestra – con mayoría de estudios secundarios terminados - es algo mayor que el descrito habitualmente, donde el TLP suele asociarse de forma ligera con niveles de estudios primarios (46). Una explicación para este hecho lo pueden dar las características socioeconómicas del área 7 de salud de la Comunidad de Madrid, donde está situado el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, que engloba en su mayoría a población de clase media. La sobrerrepresentación de las mujeres en las muestras clínicas de pacientes con TLP, mientras los estudios poblacionales apenas dan diferencias entre sexos, es algo frecuente y se ha comentado anteriormente (44, 53).

### **7.1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

La muestra de pacientes estudiada se caracteriza fundamentalmente por tener una gravedad clínica de leve a moderada (puntuación media en la CGI-TLP de 3,63) y por presentar un funcionamiento psicosocial medido por la GAF aceptable (puntuación media en rango 61-70). La mayoría de pacientes, de manera consecuente, se encuentra en tratamiento ambulatorio (53,5%). La media de intentos de suicidio fue de 2,56 y cerca de 2/3 de los pacientes habían intentado suicidarse en alguna ocasión, datos que entran dentro de las tasas de 46-92% de pacientes con algún intento de suicidio existentes en la

literatura (95). Un 75% presentó antecedentes de autolesiones, una prevalencia algo menor que la del 90% que nos enseña Mary Zanarini en su muestra de pacientes del MSAD (98), pero aún así relevante.

En contra de lo que nos dicen las guías clínicas y las recomendaciones de prescripción farmacológica basadas en la evidencia (14, 56, 146); casi un 90% de los pacientes estaba en tratamiento farmacológico. Este dato, a priori sorprendente, no lo es tanto si uno se fija en la situación clínica real que se da en las consultas con estos pacientes, con manifestaciones sintomáticas floridas fundamentalmente relacionadas con una gran ansiedad flotante y una pobre capacidad de contención psicológica (24), que en muchas ocasiones el psiquiatra trata de paliar con el uso de psicofármacos. Así, en dos estudios recientes se ha estudiado la prescripción real de tratamiento farmacológico en población TLP. En uno de ellos, multicéntrico a nivel europeo, con datos de 2191 pacientes con TLP ingresados entre 2001-2011, se vio que el 90% tenía prescrito algún psicofármaco, el 80% dos o más, y el 54% tres o más. El fármaco más prescrito fue la quetiapina, en un 22% de los pacientes, y con tasas de prescripción en aumento (165). En otro estudio más pequeño en que 141 psiquiatras de una región alemana contestaron una encuesta acerca de sus usos de prescripción en pacientes con TLP, el 94% de sus pacientes estaban medicados, siendo los antidepresivos – y en particular el escitalopram – los fármacos más mencionados (166). No podemos comparar dichos datos con los de nuestra muestra porque no se recogió la prescripción específica de los diversos psicofármacos.

Los datos de media de edad de primera consulta (20 años) y número de años en tratamiento (12 años), parecen indicar una población TLP de evolución crónica, aunque con una DT en torno a 8, lo que nos indica una muestra heterogénea con dos subpoblaciones más o menos equivalentes en cuanto a porcentaje: 20 pacientes (47%) con menos de 10 años de tratamiento, y 23 pacientes (53%) con más de 10 años de tratamiento. La literatura existente sobre la utilización de recursos sanitarios por los pacientes con TLP, en general coincide en que la mayoría de pacientes con TLP busca

activamente tratamiento en los dispositivos de Salud Mental, aunque lo hace de una manera bastante irregular. Horz encuentra tasas de mantenimiento terapéutico de un 73% de las pacientes del MSAD a 10 años, si bien casi el 50% de todas las pacientes había abandonado la terapia durante un periodo de al menos 2 años (167); mientras que Tomko, en la encuesta NESARC, encuentra tasas de utilización de algún recurso de salud mental a lo largo de la vida de los pacientes con diagnóstico de TLP de un 75% (46).

Un 60% de los pacientes de la muestra tenía antecedentes de algún evento traumático (maltrato físico, abuso sexual o violación), y en torno a un 30% había sufrido abuso sexual. Estos datos también son congruentes con los existentes en la literatura, con estudios retrospectivos que han mostrado tasas de eventos traumáticos (abuso físico, sexual o emocional) entre el 30-90% de los pacientes con TLP (168).

En lo relativo a la comorbilidad de la muestra con trastornos en eje I relacionados con el dominio biológico agresión impulsiva, obtenemos resultados por debajo de lo encontrado en otros estudios. Así, la tasa de TDAH es llamativamente pequeña (7%), frente al 15% descrito en la literatura (108), o el lugar relevante que le dan al mismo algunos grupos de investigación que engloban esta comorbilidad dentro de un hipotético subtipo “impulsivo” de TLP (107). Por otro lado, aunque la comorbilidad con los TUS está en la línea de lo descrito en otras muestras clínicas como la del MSAD – en torno al 50% - (106), es significativamente menor a la reflejada en muestras poblacionales como la del NESARC (78% de prevalencia a lo largo de la vida de los pacientes).

La comorbilidad con otros trastornos del eje II nos deja resultados similares a lo encontrado en los recientes datos del NESARC, con tasas de comorbilidad con Trastorno Antisocial y Trastorno Narcisista de un 20% (46). La falta de datos de comorbilidad con otros cluster de personalidad diferentes del B nos impide hacer otras comparaciones con estudios con muestra española, como el de Barrachina en 2011 donde encontraba un 75% de comorbilidad con otros TPs en una muestra de cerca de 500 pacientes, siendo

los TP paranoide, dependiente, evitativo y pasivo agresivo los más relacionados.

Finalmente, mencionar que un 15% de pacientes no cumplió criterios SCID-II para TLP, mientras que un 41,5% no llegó a una puntuación mínima sugerente de TLP en la DIB-R; ambos resultados pueden indicarnos la presencia de un conjunto de pacientes subsindrómicos dentro la muestra analizada.

## **7.2. DESCRIPCIÓN DE LAS PUNTUACIONES DE LA STIPO EN LA MUESTRA**

Las puntuaciones de los pacientes de la muestra en los diferentes dominios y subescalas de la STIPO, reflejan una población que en su mayoría encaja dentro del constructo estructural de la OLP, con puntuaciones medias de todas los dominios (salvo valores morales), entre 3 y 4, reflejando patología moderado-grave en dichos constructos. El valor de la mediana - que fue calculado en base a que las variables de la STIPO no mostraron distribución normal según los supuestos del modelo lineal general - de todos los dominios de la entrevista es de 4, salvo en valores morales que es de 3. Todos las subescalas también puntuaron 4 salvo relaciones íntimas y sexualidad, modelo relacional interno, y agresión hacia otros, que puntuaron 3. Como ejemplo, un valor 4 en identidad indica: “moderada patología identitaria: hay una marcada inestabilidad y superficialidad en el sentido de sí mismo y de los demás”; mientras que en defensas primitivas (el otro dominio central del modelo estructural de personalidad que evalúa explícitamente la STIPO) un valor 4 indica: “uso constante de defensas primitivas, con oscilaciones en la percepción de sí mismo y los demás bastante severos y constantes; hay una evidencia clara de un deterioro en la vida del entrevistado debido a estos patrones defensivos, presenta ejemplos bien elaborados” (162). Estos valores son congruentes con el perfil prototípico de OLP propuesto por Horz en 2009, después de una serie de reuniones con expertos en el modelo estructural de personalidad. Según esta autora, este perfil prototípico

se caracterizaría por tener puntuaciones en sentido del self y representación de los otros  $\geq 3$ , y en relaciones objetales y defensas primitivas  $\geq 4$  (157).

El único estudio que este autor ha encontrado hasta la fecha en el que se describan las puntuaciones en la entrevista STIPO de una población específicamente seleccionada por cumplir criterios TLP, es un estudio publicado en 2010 por Fischer Kern. En él los autores quieren comprobar la relación entre la OLP y el constructo diagnóstico de TLP, midiendo también la función reflexiva (169), en una muestra de 92 pacientes con TLP. La distribución de puntuaciones medias en la STIPO de estas pacientes (identidad 4, relaciones objetales 3,6; defensas primitivas 4; capacidad de afrontamiento 3,8; agresión 3,4; valores morales 2,6) es muy similar a la de nuestro estudio.

El hecho de encontrar puntuaciones significativamente más bajas en el dominio valores morales (media de 2,49); compartida por Fischer Kern y también Doering en su estudio de validación de la STIPO alemana (puntuación media en población con TP cluster B 2,59), puede relacionarse con que, como indica Doering, si bien la presencia de claras conductas antisociales correlacionan claramente con la presencia de bajos niveles de organización de personalidad; la relación inversa no es tan clara, y no necesariamente estructuras de personalidad límite tienen que tener puntuaciones muy altas en valores morales (158). De hecho, una puntuación 3 en valores morales refleja “presenta algunas conductas inmorales (ej: plagio, mentiras, delitos de cuello blanco, hurtos en tiendas sin enfrentarse a la víctima); tiene dificultades para asumir toda su responsabilidad por las conductas que provocan daño en los otros; tiene un cierto esquema moral interno, pero presenta muchas dificultades para guiar su conducta por este esquema moral” (170), una descripción que refleja la falta de integración del superyó, con dificultades para la toma de decisión moral, pero sin evidenciarse conductas psicopáticas de mayor nivel. Otra explicación posible podría ser que nuestra muestra, como la del artículo anteriormente comentado de Fischer Kern (169), presentara una alta comorbilidad con trastornos de personalidad del cluster C, en general más distribuidos en el polo neurótico del modelo estructural de personalidad (171), y por lo tanto con un superyó más integrado que se manifestaría por puntuaciones menores en el dominio valores morales.

Al no disponer de una medida de comorbilidad de TP de cluster C en nuestro estudio, no podemos comprobar esta hipótesis.

Finalmente, comentar que en un estudio reciente Mary Zanarini ha revisado los mecanismos de defensa más comunes utilizados por los pacientes con TLP en su muestra del MSAD a lo largo de 16 años, comparados con una muestra diagnosticada de otros trastornos de personalidad. Los resultados muestran que los pacientes con TLP utilizan de manera significativa más defensas primitivas como la identificación proyectiva y la escisión, y menos defensas avanzadas como la supresión (172). Estos hallazgos, congruentes con lo propuesto por Kernberg en su constructo de OLP (24), se pueden explorar como ítems individuales en la STIPO. Por ejemplo, específicamente en el dominio defensas primitivas se pregunta por el uso de la identificación proyectiva; y en capacidad de afrontamiento por el uso de la supresión. Las puntuaciones medias de los pacientes de nuestro estudio en estos dominios fueron 1,23 para la identificación proyectiva y 1,7 para el uso de la supresión; indicando un uso bastante común de la identificación proyectiva y un uso nada habitual de la supresión entre los pacientes de la muestra.

### **7.3. CORRELATOS CLÍNICOS**

#### **7.3.1. STIPO POR SEXO**

Hemos encontrado algunas diferencias significativas entre la distribución de las puntuaciones de la STIPO en hombres y mujeres, si bien no en los dominios más centrales para el modelo estructural de personalidad. En nuestra muestra, las mujeres han presentado menor patología en el dominio relaciones objetales sobre todo en base a un mejor modelo interno de relación (P50 de 3 en las mujeres frente a 4 en los hombres), el cual evalúa aspectos internos relacionales como el cubrimiento de necesidades, la empatía, y la capacidad de preocuparse por otros en profundidad. Este resultado puede estar en relación con que la mujer, en grandes muestras poblacionales evaluadas con modelos de personalidad normal como el de los Cinco Factores de Costa y McCrae, puntúa más alto en los dominios extroversión, amabilidad y

responsabilidad (173); los cuales están ligados conceptualmente, bajo nuestro punto de vista, a los conceptos que explora la subescala modelo interno de relación anteriormente descritos.

También hemos encontrado diferencias significativas en la subescala de agresión autodirigida (P50 de 5 en las mujeres frente a 3,5 en los hombres). Dado que la puntuación 5 en esta subescala refleja: “uno o más intentos de suicidio”, podemos inferir que en nuestra muestra las mujeres tenían más antecedentes de conducta suicida que los varones (media de varones con antecedentes suicidas 37,5% frente a 71% en las mujeres). Sin embargo, los estudios realizados en los últimos años sobre riesgo suicida en pacientes TLP no encuentran que el sexo femenino esté asociado a más riesgo (174-176). El por qué de esta característica particular de nuestra muestra nos es desconocido, aunque consideramos que el número tan pequeño de hombres en la muestra – 8 – limita mucho la posible significación de este hallazgo.

Reseñar, finalmente, que de manera concordante a la literatura no se encontraron diferencias significativas, por el contrario, ni en el dominio agresión ni en la subescala agresión hacia otros. Estos resultados son concordantes con dos trabajos recientes: el primero es un estudio de revisión realizado por Mancke sobre los datos de agresión reportados por pacientes TLP en entrevistas y cuestionarios (177); en que los autores no encuentran diferencias entre la agresión hacia otros en función del sexo del paciente, a diferencia de los datos en población general que sí que muestran mayor conducta agresiva en varones. Mientras que el segundo es un estudio más general acerca de las diferencias de género en el TLP, con unos 700 pacientes, en la que los autores tampoco encuentran diferencias en agresión (175). Ambos estudios sugieren la hipótesis de que el TLP podría funcionar como un atenuante de las diferencias de género que se encuentran de manera normal en la población general, en cuanto a la cantidad de agresión (177).

### 7.3.2. STIPO POR ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS/ABUSO SEXUAL

La presencia de antecedentes de eventos traumáticos, y en particular la presencia de abuso sexual, se asoció de manera significativa con mayor gravedad en las puntuaciones de la STIPO. De un modo destacado, el mayor tamaño del efecto de esta asociación fue con el dominio capacidad de afrontamiento, y la subescala representación de los otros; saliendo también significativos el dominio identidad y la subescala sentido del self. Estos hallazgos son perfectamente comprensibles dentro del modelo estructural de personalidad de Otto Kernberg (24). Bajo su punto de vista, el trauma perpetrado por un otro significativo durante el desarrollo psicológico de la persona es un factor clave en la etiología de la OLP. Kernberg propuso que una persona que todavía no ha alcanzado un desarrollo psicológico maduro, puede afrontar la amenaza que supone el trauma a través del uso de defensas primitivas, fundamentalmente la escisión. Así, la persona abusada podrá mantener ambas visiones del abusador totalmente separadas: como cuidador benevolente y como abusador, para poder manejar la intensa angustia que le produce la experiencia traumática. Sin embargo, este uso persistente de la escisión supondrá la base para el uso de otros mecanismos de defensa primitivos derivados (negación, idealización primitiva,...) sobre defensas más adaptativas que apenas serán utilizadas; y condicionará su interacción con el mundo, imposibilitando la creación de un sentido de coherencia y continuidad en la visión de sí mismo y de sus otros significativos (24).

Estos hallazgos encontrados en nuestro estudio se corresponden con lo encontrado en dos estudios recientes: el primero de ellos evalúa la relación entre lo que se ha denominado *betrayal trauma* y la OLP, medida por el IPO, en la que encuentra una asociación entre el trauma y mayor puntuación en los dominios del IPO (178). El término *betrayal trauma*, que se traduciría al castellano como trauma por traición, fue acuñado por Jennifer Freyd en 1996 para denominar a aquel trauma en el que las personas o las instituciones de las que una persona depende para sobrevivir de manera significativa, violan la confianza o el bienestar de dicha persona, siendo el abuso sexual un ejemplo



prototípico (179). En el segundo estudio, en el que Frías y su equipo realizan una revisión de la relación entre TLP y un constructo relacionado con el trauma como es la presencia de TEPT, encuentran que los sujetos con TLP Y TEPT comórbido tienen mayores niveles de severidad y de deterioro funcional (180); datos que apuntarían a un nivel más bajo de organización de personalidad.

### **7.3.3. STIPO POR ANTECEDENTES DE AUTOLESIONES E INTENTOS DE SUICIDIO**

Los antecedentes de autolesiones e intentos de suicidio solamente se correlacionaron de manera significativa con la subescala agresión autodirigida de la STIPO, la cual se compone fundamentalmente para su puntuación de estos dos aspectos clínicos (162). A primera vista, parece algo sorprendente, ya que las autolesiones y los intentos de suicidio son conductas muy frecuentes en la población TLP (94, 95, 98), y además uno de los criterios DSM más frecuentemente utilizado para el diagnóstico (85), por lo que no sería raro esperar una asociación con puntuaciones más elevadas en los dominios de la STIPO. Desde un punto de vista etiopatogénico, sin embargo, ambas variables clínicas – aunque relacionadas – parecen tener que ver con factores subyacentes distintos. Así, respecto a las autolesiones, un estudio reciente encontró que los pacientes que se autolesionan lo hacen en función de estados emocionales y cognitivos internos relacionados con la disregulación afectiva y por razones de tipo interpersonal, diferenciando el factor “tener más que ver con elementos internos” al grupo de pacientes que se autolesiona más del que se autolesiona menos (98).

Mientras tanto, los intentos de suicidio parecen estar más ligados al dominio psicobiológico de agresión impulsiva y comorbilidades asociadas como el TUS y el TPA (96). En este sentido, un estudio reciente trató de encontrar la existencia de un subtipo de pacientes de “alta letalidad”, definido por la presencia de intentos de suicidio recurrentes, y un incremento de la letalidad de los mismos con el paso del tiempo (181). Sus resultados sugieren que los pacientes pertenecientes a este subtipo con mayor riesgo se caracterizan por

tener más edad, más gravedad sintomática, y tener grandes alteraciones tanto en el funcionamiento laboral como en las relaciones familiares, siendo frecuente que se encuentren en una situación de exclusión social. El mismo autor de este estudio, Paul Soloff, tiene otro trabajo publicado respecto a los factores predictivos de suicidio en población TLP a corto – presencia de trastorno depresivo mayor comórbido – y medio plazo – historia familiar de suicidio y pobre funcionamiento psicosocial (182). Otro estudio reciente sugirió que los pacientes en tratamiento regular ven reducido su riesgo de suicidio (176).

En nuestra muestra, la ausencia de datos referentes a historia familiar suicida, comorbilidad en eje I, y el registro del método suicida utilizado; nos impide hacer una clasificación tentativa del riesgo de suicidio de nuestra población TLP en base a dichos criterios. Sin embargo, si volvemos la mirada al modelo de Kernberg, podemos tratar de dar una explicación a los datos encontrados. En él, la agresión autodirigida – y sobre todo sus manifestaciones conductuales que es lo que fundamentalmente se explora en la subescala correspondiente de la STIPO - ocupan un papel importante pero no central dentro del nivel de organización de personalidad que correspondería al TLP. Además, de manera significativa, una alta carga agresiva se relaciona más con conceptos como el trastorno narcisista en su expresión psicopatológica más grave – el síndrome narcisista maligno – y el trastorno antisocial de personalidad; ambos situados en niveles de organización límite muy bajos (148), los cuales corresponderían con puntuaciones en la STIPO más altas que las encontradas en nuestra muestra.

Así pues, tomando todos esos datos juntos, podemos concluir que la muestra estudiada presenta una alta prevalencia de conducta parasuicida y suicida, pero que no parece estar relacionada de manera significativa con su gravedad clínica o funcional (medida por la CGI y la GAF); ni tampoco con la gravedad de su patología a nivel de organización estructural de la personalidad.

#### **7.3.4. STIPO POR COMORBILIDAD EN CLUSTER B**

La presencia de comorbilidad con cualquier trastorno de personalidad del cluster B se asoció de manera significativa con mayores puntuaciones en el dominio defensas primitivas, y una tendencia en identidad, a través de una peor capacidad de investir y representación de los otros. Estos resultados, que indican que la comorbilidad en eje II se asocia con mayor gravedad clínica y estructural del paciente, concuerdan con los encontrados en la literatura. En un estudio de 2011 realizado por Barrachina en Cataluña, con 484 pacientes con TLP, los pacientes con algún diagnóstico en eje II comórbido mostraron de manera significativa una mayor gravedad clínica (183). Fuera de nuestro país, en un estudio de Horz realizado con la STIPO en una muestra alemana de 90 pacientes diagnosticadas de TLP, la presencia de diagnósticos comórbidos en eje II también se asoció a un peor nivel de organización estructural de la personalidad (184).

El análisis de los diferentes TP de cluster B por separado, no muestra diferencias significativas para el trastorno histriónico (salvo una mayor puntuación en valores morales de dudosa relevancia clínica), ni para el trastorno narcisista. Este último hallazgo sí que nos resulta significativo pues, desde un punto de vista estructural, los pacientes narcisistas deberían puntuar peor en representación de los otros o modelo relacional interno, por ejemplo, pero no se observa ninguna diferencia significativa. Una explicación para este hecho puede estar relacionada con que la entrevista SCID-II para trastorno narcisista está basada en los criterios DSM-IV, muy criticados por algunos autores por sobredimensionar el aspecto grandioso de la patología narcisista, la cual normalmente tiene un buen funcionamiento asociado (185, 186). Seguramente esto haga que el diagnóstico realizado haya sido poco sensible hacia los pacientes con predominio de aspectos vulnerables de la patología narcisista, que frecuentemente están organizados a nivel límite y por tanto tienen mayor gravedad clínica (186).

Por último, la subpoblación de pacientes con trastorno antisocial comórbido se ha asociado de manera significativa con peores puntuaciones en

todos los dominios de la STIPO, con especial significación para la identidad, el uso de defensas primitivas y la capacidad de afrontamiento, con tamaños del efecto cercanos a 0,5. Estos resultados están en consonancia tanto con lo que nos dice la literatura psiquiátrica como con lo que nos dice el modelo estructural de personalidad. Desde modelos más fenomenológicos, el TPA se considera un trastorno de muy mal pronóstico, asociado a altas tasas de muerte natural y no natural (suicidio, homicidio, accidente), pobre – si alguna – respuesta a los tratamientos, y alta discapacidad funcional en la edad adulta (57, 187). Desde el modelo estructural de la personalidad, el panorama no es mucho mejor. El TPA está en el extremo más bajo de la OLP, caracterizado por una gran difusión de identidad, uso masivo de defensas primitivas con predominio del control omnipotente, y ausencia de valores morales. Además, constituye el principal factor de mal pronóstico en terapia psicoanalítica, y es criterio para no empezar una terapia de corte expresivo y pasar directamente a una terapia de apoyo, en conjunción con medidas coercitivas de tipo legal en caso de grave conducta antisocial (148).

#### **7.3.5. STIPO POR COMORBILIDAD CON TUS Y TDAH**

Salvo la asociación moderada entre el consumo de cannabis y una mayor puntuación en el dominio valores morales y la subescala agresión hacia otros de la STIPO, no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de los pacientes de la muestra en función de tener TUS o TDAH comórbido. En relación con los datos encontrados, no hemos encontrado estudios que relacionen el consumo de cannabis y la conducta agresiva, violenta o antisocial en población con TLP. Sí que existen estudios a nivel poblacional, con consumidores de cannabis, en los que se asocia el consumo a una mayor probabilidad de conducta violenta interpersonal. Por ejemplo, en un estudio con una muestra de cerca de 3000 jóvenes noruegos, se estimó que un 10% en el incremento de consumo de cannabis se asociaba con un 4% de incremento en conductas violentas (188). Mientras que en otro estudio realizado este mismo año con población australiana, se vio que los

adolescentes que inician un consumo de cannabis de forma temprana se asocian a mayor probabilidad de conducta antisocial y violenta en la edad adulta (189)

La explicación a que no hayamos encontrado correlatos significativos, entre los dominios principales de la STIPO y el TUS y el TDAH nos es desconocida, pero puede tener que ver con la poca presencia relativa de estas comorbilidades en nuestra muestra. Para empezar, la poca presencia de TDAH comórbido en nuestra muestra (7% de los pacientes, con una N de 3) imposibilita el encontrar diferencias entre las distintas subpoblaciones con o sin TDAH; como hubiera sido lo esperable - de contar con una N mayor -, dada la literatura creciente relativa a la estrecha relación entre el TLP y el TDAH (68); y su factor etiopatogénico común impulsividad (190).

Por otro lado, la subpoblación de pacientes con consumo de cocaína y/o alcohol - con criterios de dependencia - también ha sido pequeña, un 25% en el caso de la cocaína, y menos de un 15% en el caso de la dependencia OH y/o estimulantes y/u opiáceos. Estos porcentajes tan bajos seguramente han minimizado el impacto de fuertes relaciones de comorbilidad encontradas en otros estudios, como la muestra más reciente del NESARC en lo relativo a los TUS, en particular los consumos de alcohol, cocaína y opiáceos (105). No hay que olvidar que el mismo NESARC ha encontrado prevalencias de TUS a lo largo de la vida de los pacientes con TLP de un 78%, mucho más alta que la encontrada en nuestro estudio. Quizás el haber definido mejor los criterios de TUS, separando entre abuso y dependencia de sustancias como el alcohol, y analizando por separado su correlato, podría haber ayudado a aumentar la prevalencia y encontrar diferencias entre las subpoblaciones.

Desde un punto de vista estructural, las adicciones por impulso constituyen un síntoma descriptivo orientativo de una OLP (24), y cuando existen adicciones severas hay que pensar en una personalidad narcisista grave (186). Un estudio reciente con la STIPO y una población de adictos graves (con factor común de dependencia a opiáceos), encontró que el 100% cumplía criterios de OLP (191). Partiendo de estas premisas, hubiera sido

esperable que las personalidades con criterios de dependencia a alguna sustancia mostraran peores puntuaciones en la STIPO, pero quizás la poca representación en la muestra – como comentábamos anteriormente – también ha enmascarado dichas diferencias.

En resumen, podemos afirmar que no se encontraron correlatos clínicos significativos entre la OLP y dos tipos de comorbilidades altamente ligadas al factor descontrol conductual del constructo del TLP (6, 108) y al rasgo de vulnerabilidad biológica impulsividad (71); pero no podemos descartar que la poca representatividad de estas patologías en la muestra haya influido mucho en los resultados obtenidos.

#### **7.4. CORRELATO CON DIAGNÓSTICO TLP POR ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS HABITUALES**

##### **7.4.1. STIPO POR SCID-II**

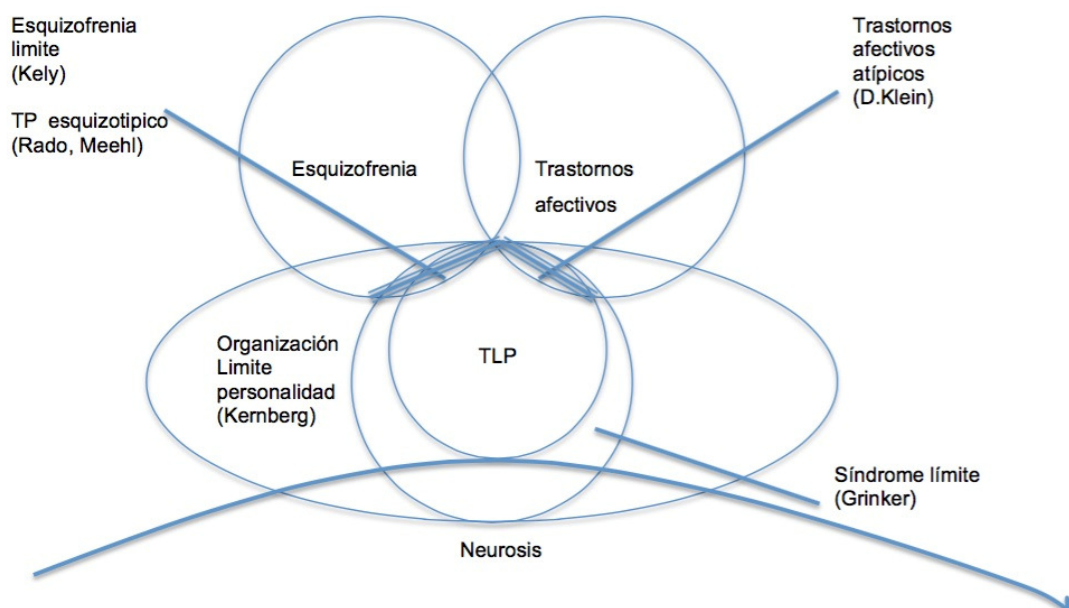
Los pacientes con diagnóstico TLP confirmado por SCID-II solo se diferenciaron de manera significativa respecto a los que no, en las puntuaciones de la STIPO en el dominio agresión y, sobre todo, en la subescala de autoagresión. Es decir, los pacientes con diagnóstico SCID-II de TLP se diferenciaron fundamentalmente de los que solamente tenían un diagnóstico clínico de TLP por autolesionarse más y/o por tener más antecedentes de conducta suicida. De hecho, si miramos en detalle los 6 pacientes que no cumplen criterios SCID-II, 3 tienen antecedentes de autolesiones (50%), y solo 1 tiene antecedentes de intentos de suicidio (17%). Datos que contrastan mucho con que, de los 35 pacientes que cumplen criterios SCID-II, 28 tienen antecedentes de autolesiones (80%), 26 ha cometido al menos un intento de suicidio (74%), y solo 4 (un 11%) han sido diagnosticados de TLP por la SCID-II sin cumplir el criterio 5 del DSM-IV. Esto tiene varias lecturas: la primera, como ya hemos analizado previamente en esta discusión, que esta es una muestra con muchas conductas parasuicidas y/o suicidas, pero que estas conductas no parecen correlacionarse de manera

significativa con una mayor gravedad estructural medida por la STIPO, que como veremos posteriormente se va a correlacionar, y mucho, con una mayor gravedad clínica y una peor funcionalidad medidas por la CGI-BPD y la GAF.

Segundo, los pacientes con diagnóstico clínico de TLP pero sin confirmación por la SCID-II podrían entrar en lo que algunos autores denominan pacientes “subsindrómicos”, es decir, aquellos pacientes que cumplen criterios diagnósticos de TLP pero sin llegar al umbral de 5, por lo que de manera ortodoxa no se les puede hacer el diagnóstico DSM-IV de TLP. Estos pacientes han sido estudiados recientemente en una serie de estudios por el grupo de Zimmerman, quienes observan que los pacientes que no llegan a cumplir criterios diagnósticos de TLP, incluso aunque solo presenten 1 criterio DSM, presentan significativamente más morbilidad psicosocial que las personas que no cumplen ningún criterio TLP DSM (86, 192), siendo el sentimiento de vacío – concepto ligado a la identidad – el más fuertemente asociado con la morbilidad psicosocial (87).

Y tercero, otra posibilidad es que dentro del concepto clínico de los psiquiatras que se dedican a tratar pacientes con TLP, entren conceptos más amplios procedentes del modelo estructural, o de otros enfoques clásicos, como refleja la figura 1, tomada de John Gunderson. Así, puede que su concepto del TLP sea más amplio que el estricto modelo categorial del DSM-IV.

**FIGURA 1: CONCEPTOS DEL TLP** (Adaptado de J. Gunderson, *Borderline Personality Disorder*, American Psychiatric Press, 1984)



#### 7.4.2. STIPO POR DIB-R

La correlación entre las puntuaciones de la STIPO y la presencia de una puntuación sugerente de TLP en la DIB-R fue significativa con el dominio defensas primitivas y la subescala sentido del self, con un tamaño de efecto moderado; y con el dominio agresión (y no sus subescalas por separado) donde alcanza un tamaño de efecto grande, en torno a 0,5.

La DIB-R, como se ha mencionado anteriormente, fue creada por John Gunderson y Mary Zanarini en 1989, y recoge información clínica relativa al paciente con TLP, agrupada en 4 dominios: afectividad, cognición, conductas impulsivas, y relaciones interpersonales. Se diferencia de la SCID-II en que fue especialmente diseñada para el TLP, y lleva una base teórica detrás, fundamentalmente derivada de los modelos de análisis factorial de los constructos del TLP, con 3 factores: inestabilidad afectiva, descontrol conductual y alteraciones relacionales; más un cuarto factor, las alteraciones cognitivas.



Para tratar de entender mejor la relación entre la DIB-R y la STIPO, hemos recurrido a un artículo publicado por Tragesser en 2010 (89); en el que estudian los dos principales factores que se han relacionado con la etiopatogenia del TLP - la inestabilidad afectiva/afecto negativo y la impulsividad -, y su relación con las puntuaciones en la DIB-R a los 2 años de la medición basal, para así estimar su valor predictivo sobre los aspectos clínicos del TLP. Los 3 modelos predictivos que prueban - en función de los sectores de la DIB-R - son un modelo con el afecto negativo, otro con la impulsividad, y otro combinado con los dos factores. Este trabajo, del año 2010, trata de replicar uno previo de la misma autora (193), en el que observó que el factor inestabilidad afectiva era el que mejor predecía la clínica del TLP a dos años, incluidas la impulsividad y las alteraciones en la identidad. En este estudio de 2010, Tragesser describe cómo, de los tres modelos que prueban, es el afecto negativo - medido por la DIB-R - , el que mejor predice la clínica TLP a dos años, incluidas las alteraciones en la identidad, pero no la impulsividad. Así, postula que los cambios impredecibles en afectos negativos pueden afectar al sentido del self, al provocar un sentido discontinuo de uno mismo a lo largo de las diferentes situaciones. Concluye que la impulsividad parece un constructo algo diferente e independiente del afecto negativo y otras alteraciones típicas del TLP; y cuya contribución independiente debe seguir siendo estudiada.

Tomando como base este trabajo, sacamos dos conclusiones: la primera, refrendada por Andion en un trabajo posterior (164), es que la DIB-R mide mejor la gravedad sintomática que la SCID-II, al explorar conceptos más centrales de la psicopatología del TLP sin dar el mismo peso a todos los ítems. La segunda, viendo la correlación entre las puntuaciones en la STIPO y la DIB-R; es que podríamos hipotetizar que los cambios en los dominios centrales de la STIPO (defensas primitivas y sentido del self) que se han observado en nuestra muestra provienen del factor afecto negativo de la DIB-R; y que los cambios en la agresión - que sí que existían en los pacientes SCID-II positivos - tienen más que ver con el factor impulsividad. Este modelo explicativo, que habría que probar y validar de manera empírica, podría dar cuenta de la

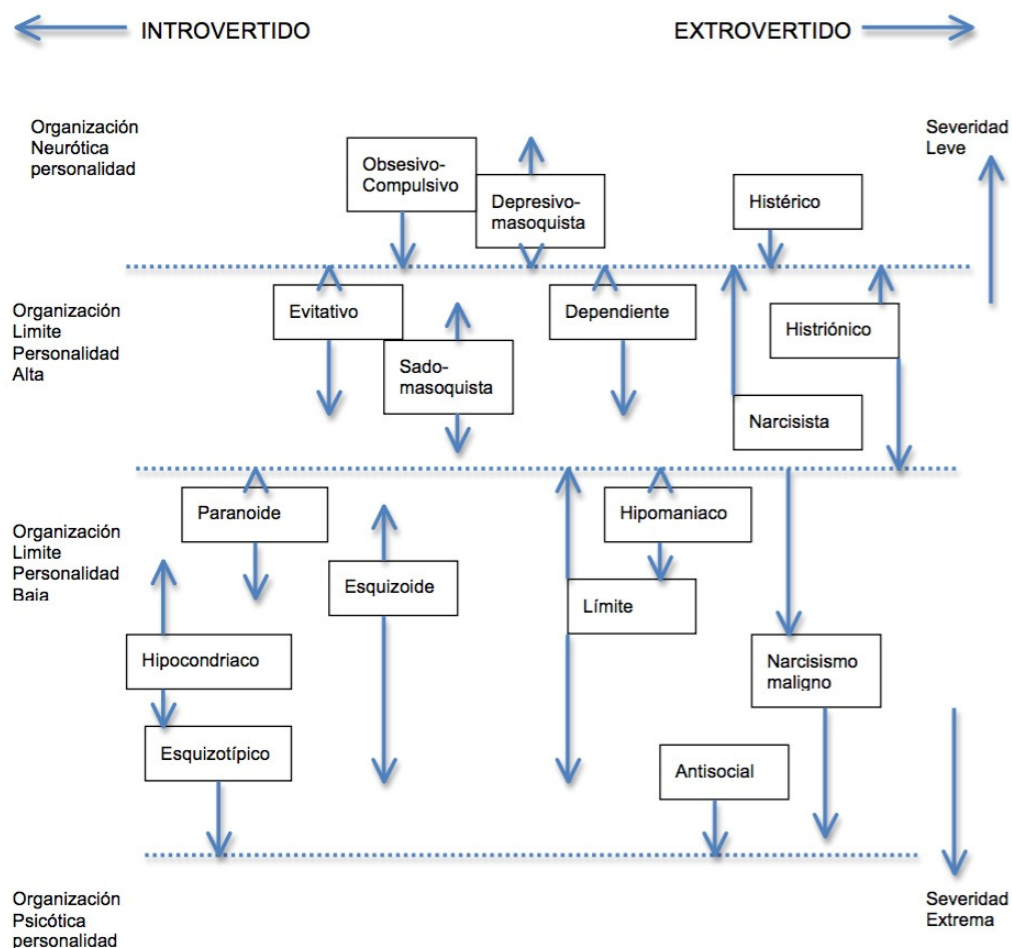
ausencia de correlato entre las variables clínicas relacionadas con la impulsividad y la STIPO, salvo en el dominio agresión, que es el único de la STIPO que explora abiertamente conductas relacionadas con la impulsividad.

Dicho de otro modo, nuestra muestra de población TLP parece tener altos niveles de impulsividad que no se relacionan de manera clínicamente significativa ni con la gravedad estructural ni con la funcionalidad. Lamentablemente, sin una medida de impulsividad en la muestra, la hipótesis no puede ser demostrada.

#### **7.5. CORRELACIÓN STIPO GRAVEDAD SINTOMÁTICA MEDIDA POR CGI-BPD**

Los resultados del correlato entre las puntuaciones de la STIPO y las puntuaciones de la CGI-BPD tomada como variable dicotómica con punto de corte 5 - “marcadamente enfermo” -, alcanzan mucha significación estadística y clínica. Todos los dominios de la STIPO salen significativos menos, de nuevo, la agresión – que es mayor en pacientes más graves pero sin alcanzar significación estadística. El mayor tamaño de efecto lo obtienen las subescalas capacidad de invertir y sentido del self. Estos resultados tienen mucha coherencia con el modelo estructural de la personalidad, y le otorgan validez clínica. Así, los pacientes TLP con mayor gravedad sintomática corresponderán a pacientes con una OLP más grave, lo que se denomina una OLP de bajo nivel; es decir, con mayor difusión de identidad, mayor pobreza de relaciones objetales, mayor uso de mecanismos de defensa primitivos, mayor dificultad para adaptarse y afrontar situaciones complicadas, y mayor patología a nivel moral (148). En el modelo estructural de personalidad, las entidades categóricas de personalidad habituales de la nosología psiquiátrica se distribuyen en un continuo en función de la gravedad de estas categorías, por un lado, y de pertenecer más al rasgo de personalidad introversión o extroversión, por el otro. Lo vemos reflejado en el cuadro 2.

**CUADRO 2: DISTRIBUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DE LA NOSOLOGÍA DESCRIPTIVA EN EL MODELO ESTRUCTURAL DE PERSONALIDAD** (Adaptado de Kernberg & Caligor: A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Major Theories of Personality Disorders. Guilford Press. 2012)



En resumen, los resultados obtenidos en el correlato con la CGI-BPD nos indican que la STIPO puede ser una herramienta muy útil y válida a la hora de tipificar la gravedad psicopatológica y clínica de los pacientes con TLP en nuestro medio.

## **7.6. CORRELACIÓN STIPO FUNCIONALIDAD MEDIDA POR GAF. MODELO PREDICTIVO**

La correlación entre las puntuaciones en la STIPO y la funcionalidad medida por la GAF alcanzó los valores más significativos de todas las variables del estudio. Tomada como valor dicotómico, con punto de corte 61 – que indica un desempeño funcional aceptable, con al menos una relación significativa y un compromiso mayoritariamente estable a nivel laboral o académico -, todos los dominios, menos - como no - la agresión, alcanzaron significación o tendencia (esta última en el caso de los valores morales). Todas las subescalas de la STIPO mostraron diferencias significativas, salvo modelo interno de relación y autoagresión. Cuando se toma la GAF como variable continua, se refuerza la significación de la asociación, y el dominio valores morales y la subescala modelo interno de relación pasan a asociarse de un modo significativo. Agresión total y autoagresión siguen sin correlacionarse de manera significativa.

Analizando más en detalle los resultados, es el dominio identidad, el elemento central del modelo estructural de personalidad de Kernberg, el que se relaciona de una manera más potente con la funcionalidad, con tamaños de efecto en torno a 0,5; y la subescala sentido del self destacando por encima de todos. Por este motivo, nos planteamos un modelo predictivo de la identidad y el sentido del self sobre la funcionalidad, controlando por variables de confusión como ya se ha explicado en los apartados de métodos y resultados. Y creemos que los resultados son relevantes.

Tomando como variable predictiva el dominio identidad, el modelo explica un 26,7% de la varianza en la GAF. Expresado de otro modo, por cada punto que sube la patología identitaria en la STIPO, la puntuación en la GAF baja 6,284 puntos. Y sí cogemos como variable predictiva el sentido del self, los resultados son aún mejores, explicando el 31,2% de la varianza en la GAF. De otro modo, por cada punto que sube la patología en el sentido del self de la STIPO, la puntuación en la GAF baja 6,451 puntos.

La evolución de la personalidad normal y patológica con los años es un concepto de creciente interés entre los grupos de investigación en TLP. Varios autores han estudiado la relación entre los rasgos de personalidad y los síntomas de TLP en estos pacientes a lo largo de los años (42, 132). En líneas generales, se ha visto que los rasgos de personalidad son más estables que los síntomas de TLP en el tiempo, y que los cambios en rasgos de personalidad normales se asocian con los cambios en síntomas de TLP. Según este modelo dimensional, los síntomas en el TLP serían maladaptaciones características que se generan en función de las características temperamentales, las experiencias pasadas, y el contexto actual del paciente (132). A modo de resumen de estos últimos hallazgos, Fernando Gutiérrez ha publicado recientemente un trabajo acerca del curso de la patología de la personalidad (3). En él, describe cómo parece haber una serie de síntomas más “agudos”, dependientes de las circunstancias vitales, que remiten más rápido; y otros más ligados a aspectos temperamentales que parecen persistir y ser responsables de la mayor parte de las alteraciones más crónicas en la funcionalidad. Y postula una hipótesis explicativa de los cambios en la patología de la personalidad en función de tres elementos: 1) aspectos evolutivos y madurativos naturales, fundamentalmente ligados a la disminución de la agresividad impulsiva 2) aspectos ambientales y experienciales moduladores del temperamento, y sobre todo del factor de personalidad neuroticismo 3) correlaciones gen ambiente, que parecen indicar como los individuos vulnerables para desarrollar TLP también son más vulnerables a padecer eventos vitales adversos que pueden facilitar a su vez la aparición del TLP (3, 66).

Así pues, sabemos que hay elementos en la patología de la personalidad que parecen cambiar más, y otros que parecen más resistentes al cambio. Y parecen ser estos últimos los elementos que están más ligados a las alteraciones funcionales tan grandes que presentan los pacientes con TLP, con grandes restricciones a nivel interpersonal y laboral según pasan los años. Tanto es así, que una impresión clínica bastante habitual entre los terapeutas de estos pacientes es que lo que se suele llamar síntomas “agudos” muchas

veces remite porque el paciente renuncia a las responsabilidades y retos que se le presentan en la vida (3). Esto es algo sobre lo que debemos reflexionar en profundidad, y pensar si realmente nuestros tratamientos ayudan a estos pacientes a funcionar mejor y estar más satisfechos con sus vidas.

En un momento en el que se está hablando mucho sobre la evolución de los pacientes límite con los años, sobre cómo evoluciona su funcionalidad más allá de los síntomas clínicos; los resultados de este estudio nos invitan a echar la vista atrás y poner el foco en un concepto acuñado por Erik Erikson hace más de 60 años, allá por 1950: el concepto de identidad del yo (194). En la década de los 50, Erikson describió y desarrolló los conceptos de identidad normal, crisis de identidad y difusión de identidad; para referirse a los elementos característicos de la personalidad normal, la adolescencia, y los trastornos graves de personalidad, respectivamente. Por ejemplo, definió la difusión de identidad como una ausencia o pérdida de la capacidad normal de autodefinición, reflejada en una ruptura emocional en momentos de intimidad física, elección de profesión, competición y necesidad incrementada de una autodefinición psicosocial. En la década de los 60, tomando sus escritos como base, Kernberg colocó a la identidad como la piedra angular de su modelo de organización estructural de la personalidad (18). En el momento actual, casi 50 años después, creemos que este modelo sigue perfectamente vigente gracias a instrumentos como la STIPO, que en este estudio ha demostrado poder predecir buena parte de la funcionalidad de una muestra de pacientes con TLP a través de la evaluación en profundidad de su identidad, y por lo tanto se postula como una herramienta clínica de mucha utilidad.

### **7.7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Nuestro estudio tiene una serie de limitaciones que es importante tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados obtenidos:

- La limitación metodológica fundamental tiene que ver con que la entrevista STIPO no está validada en población española,

comprometiendo la validez de los resultados obtenidos. Este hecho fue valorado antes del inicio de la investigación, y se consideró que, dado que la STIPO es una entrevista clínica semi-estructurada, con preguntas y elementos guía para el entrevistador, pero también con otros elementos que permiten el uso de la impresión subjetiva del mismo (162); no era un hecho insalvable a la hora de realizar el estudio; ajustando sus expectativas a ser un estudio preliminar que investiga las posibilidades de la STIPO como instrumento de tipificación psicopatológica y medida de gravedad y funcionalidad en una muestra de población TLP de nuestro medio. Si leemos a los autores de la entrevista, hay un elemento fundamental y dos elementos recomendables para poder utilizar de forma adecuada la STIPO. El elemento fundamental es que el administrador esté familiarizado con los constructos teóricos en que se basa la entrevista, en particular el modelo de organización estructural de la personalidad de Otto Kernberg. Los dos elementos recomendables son tener una buena experiencia clínica entrevistando a pacientes con TLP, y tener cierta destreza manejando entrevistas semi-estructuradas (162). Incluso uno de los autores de la entrevista, en el trabajo ya comentado en el que muestra las propiedades psicométricas preliminares de la STIPO, afirma que sería de mucho interés la realización de estudios con la STIPO por parte de entrevistadores con diversos niveles de entrenamiento en pasar la entrevista, e incluso también con entrevistadores no familiarizados con el modelo teórico de Kernberg, para probar su validez en contextos clínicos y de investigación diferentes al suyo (27). Dicho esto, un estudio reglado de validación de la entrevista en nuestro país nos parece imprescindible.

- El tamaño de la muestra estudiada (50 pacientes derivados, 43 pacientes incluidos finalmente) fue pequeño, y es posible que limitara la posibilidad de encontrar correlaciones significativas con algunas variables como el TDAH o los TUS.
- No fue imprescindible la confirmación mediante la SCID-II del juicio clínico de TLP realizado en la evaluación inicial del estudio, para ser

incluido en el mismo. Este es un tema controvertido. Algunos autores, como Samuel, cuestionan la validez del juicio clínico por sí solo (110). En un estudio en el que mira la validez predictiva de los diagnósticos clínico, mediante cuestionario y mediante entrevista del TLP a 5 años, este autor observa que el juicio clínico naturalístico nunca es más fiable que el resultado de las entrevistas semi-estructuradas, y solamente es más fiable que el de los cuestionarios autoadministrados en  $\frac{1}{4}$  de los casos (110). Y es cierto que en la mayoría de estudios de investigación que se realizan se incluye una entrevista diagnóstica para la confirmación del resultado. Sin embargo, en nuestro caso, preferimos incluir también pacientes que no cumplieran criterios SCID-II de TLP por dos razones: la primera, en relación con el modelo estructural de personalidad que queríamos estudiar, es que – como ya hemos expuesto anteriormente – el modelo de OLP es más amplio que el de TLP, y posiblemente el juicio clínico de un psiquiatra experto en TLP recoge aspectos de la OLP que no están recogidos estrictamente en la categoría diagnóstica TLP. La segunda razón, fue que incluso desde orientaciones teóricas diferentes, pero concordantes con la necesidad de incorporar elementos dimensionales al estudio de la personalidad, se incorpora en los trabajos de investigación destinados a la tipificación de población TLP pacientes que cumplen algún criterio pero sin llegar a cumplir los 5 criterios DSM necesarios para el diagnóstico. Un ejemplo es un trabajo reciente del grupo de Andiñon en Barcelona acerca de la validez clínica de los componentes del constructo teórico del TLP (71)

- No hemos incluido una medida de comorbilidad en eje I para trastornos - otros que el TDAH y los TUS - que se ha visto en estudios previos que son muy co-ocurrentes con el TLP como el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad o el trastorno por estrés postraumático (46). Aunque estudios sobre la influencia de la patología en el eje I en la estabilidad y la evolución del TLP son variables y controvertidos, en general reflejando que el TLP empeora el pronóstico de otros diagnósticos en eje I pero no al revés (21), un examen de la influencia



mutua entre la patología en eje I y las dimensiones de la STIPO – es decir, la organización estructural de la personalidad - hubiese sido de gran interés.

- No hemos incluido una medida de comorbilidad con otros trastornos de personalidad diferentes a los del cluster B. Aunque desde un punto de vista del modelo estructural (148), de un modelo descriptivo (9), o de los estudios epidemiológicos (46); la asociación mayor se produce con otros trastornos del personalidad del cluster B, el haber reflejado la prevalencia de trastornos como el paranoide, el evitativo o el dependiente - encontrados en muestras clínicas españolas como los más comórbidos con el TLP - (183), hubiese sido de mucho interés.
- No hemos incluido una medida de impulsividad, como – por ejemplo – la escala de impulsividad de Barratt (195). Dada la poca correlación que hemos hallado entre las puntuaciones en los dominios de la STIPO y las variables asociadas al rasgo psicobiológico impulsividad (autolesiones, intentos de suicidio, TDAH, trastornos por uso de sustancias); una medida de la impulsividad nos podría haber aportado datos de mucho interés acerca de la posible contribución de este factor a los resultados obtenidos.
- La introducción de puntos de corte en las variables CGI y GAF para convertirlas en variables dicotómicas siempre tiene un punto de arbitrariedad. Sin embargo, la elección de los distintos puntos de corte se ha basado tanto en una coherencia clínica como en valores tomados en estudios anteriores considerados de referencia en el campo del TLP (11, 12). Además, de forma adicional, se realizaron análisis empleando la CGI y la GAF como variables continuas, con resultados en la misma dirección de los obtenidos en los análisis con las variables dicotomizadas, apuntando a la existencia de una correlación significativa entre la STIPO y estas variables.
- El estudio no fue evaluado por la AEMPS para obtener la clasificación de EPA o no EPA.

### **7.8. IMPLICACIONES FUTURAS**

De los resultados de este estudio creemos que se pueden extraer varias implicaciones futuras de interés:

- La implicación fundamental de este estudio con la entrevista STIPO es que pone el foco de las alteraciones de funcionalidad mostradas por la población TLP sobre el concepto de identidad del yo y el síndrome de difusión de identidad (24, 171, 194). En nuestro trabajo, ambos conceptos se han mostrado como variables predictoras del funcionamiento psicosocial de una población TLP, medidos a través de la entrevista STIPO.
- Acorde a este hallazgo, el estudio de las bases neurobiológicas subyacentes al desarrollo de la identidad normal y del síndrome de difusión de identidad, y en particular la formación de la coherencia y continuidad del sentido del self, podría considerarse como una línea de investigación de sumo interés para el endofenotipado de los pacientes con TLP. De esta manera, se avanzaría en la integración entre conceptos psicoanalíticos y conceptos neurobiológicos, como postulan varios autores actuales englobados en lo que se ha llamado el Neuropsicoanálisis (196).
- Focalizar la atención en la identidad como elemento central de la patología del TLP, nos hace llevar la vista atrás en el desarrollo de estos pacientes y centrarnos en la adolescencia como un momento clave en el desarrollo de la misma (194). Por lo tanto, la adolescencia se presenta como un campo de investigación futura fundamental en el TLP, en la línea del desarrollo de programas de prevención, intervención precoz, y tratamiento con adolescentes con TLP, o en riesgo de padecer TLP (126, 128).
- Desde el punto de vista diagnóstico, la STIPO se postula como una herramienta de evaluación muy prometedora para medir el funcionamiento de la personalidad, elemento propuesto en el DSM-5 a través de la escala LPFS, e incorporado al modelo diagnóstico

alternativo de los trastornos de personalidad (9). Para este propósito, y como ya han mencionado otros autores como Stephen Doering (158), el desarrollo de versiones más cortas de la entrevista, para poder ser aplicadas de un modo más rutinario en la práctica clínica habitual, se antoja algo fundamental. En la actualidad, el grupo original del PDI está trabajando en una versión reducida de la STIPO (*Barry Stern, comunicación personal*)

- Los resultados encontrados en nuestra muestra, sugerentes de que los aspectos relacionados con la impulsividad son los que menos se relacionan con los dominios centrales del modelo estructural de la personalidad tal y como se recogen en la STIPO (de la que solo parecen tener relación con el dominio agresión), necesitarían ser estudiados en profundidad en futuros estudios; ya que las limitaciones de nuestro estudio solo nos permiten hipotetizar esta relación. De ser así este supuesto, la inclusión de preguntas destinadas a medir el rasgo impulsividad dentro de la STIPO, o el pasar coadyuvante a la STIPO una escala de medida de impulsividad habitual; parecen elementos a tener en cuenta para el futuro.
- Por todo lo expuesto con anterioridad, parece que la validación en población española de la STIPO es una necesidad clínica actual, dadas las prometedoras propiedades de validez concurrente con variables clínicas y de severidad, y de predicción funcional que la entrevista ha demostrado en nuestro estudio. En este sentido, el grupo del hospital de Basurto en Bilbao, que lleva varios años colaborando con el grupo original del PDI, está en proceso de realizar una validación al castellano tanto del IPO como de la STIPO (*Miguel Ángel González Torres y Eduardo Ruiz, comunicación personal*).
- Los resultados obtenidos en este estudio tienen repercusiones también de cara al tratamiento del TLP. Si, por un lado, las tasas de recuperación funcional de los pacientes con TLP son pequeñas, en torno al 50% (11, 12), y es habitual que estos pacientes presenten grandes dificultades sobre todo a nivel vocacional y relacional según envejecen; y, por otro,

los datos de este estudio muestran que la identidad y el sentido del self fueron las dos variables que mejor parecieron predecir la funcionalidad de los pacientes de nuestra muestra; podemos sugerir que el foco de las terapias con los pacientes con TLP, en paralelo a o una vez resueltos los síntomas más “agudos”, debe ir enfocado a la identidad. En este sentido, la Terapia Focalizada en la Transferencia (40) es la única de las terapias con evidencia científica en la actualidad que tiene en la resolución del síndrome de difusión de identidad su objetivo fundamental. Por lo tanto, creemos que un modelo de terapia multimodal y multifocal, que integre elementos de las tres terapias principales (DBT, MBT y TFP) en pasos sucesivos, junto con la incorporación de elementos provenientes de las escuelas de rehabilitación psicosocial para los pacientes TLP más cronificados, puede ser una línea de tratamiento coherente desde un punto de vista teórico y práctico.



## **8. CONCLUSIONES**



- La entrevista STIPO mostró una buena validez concurrente como instrumento de tipificación psicopatológica de una muestra de pacientes con diagnóstico clínico TLP en nuestro medio, correlacionándose de manera significativa con variables clínicas habituales de esta población.
- La entrevista STIPO no mostró un correlato significativo con las variables clínicas de la muestra más relacionadas con el rasgo biológico de vulnerabilidad “impulsividad”, salvo con el trastorno antisocial de la personalidad, con el que sí que mostró un correlato significativo
- La entrevista STIPO mostró una buena validez concurrente como instrumento de evaluación de la gravedad de una muestra de pacientes con diagnóstico clínico TLP en nuestro medio, correlacionándose de manera significativa con la puntuación de estos pacientes en la escala CGI-BPD.
- La entrevista STIPO mostró valor predictivo sobre la funcionalidad de una muestra de pacientes con diagnóstico TLP en nuestro medio, correlacionándose de manera significativa con la puntuación de estos pacientes en la escala GAF.
- En un modelo explicativo predictivo propuesto, el dominio “identidad” predijo el 26,7 % de la varianza de la GAF; mientras que en un segundo modelo predictivo, la subescala del dominio de identidad “sentido del self” predijo el 31,2% de la varianza de la GAF.
- El proceso de validación de la entrevista STIPO al castellano se postula como un elemento fundamental para poder continuar estudiando su utilidad clínica, diagnóstica y pronóstica en población TLP de nuestro medio.
- Los datos obtenidos orientan hacia la necesidad de centrarse en el concepto de “identidad” y su correlato psicopatológico de “síndrome de difusión de identidad” a la hora de la tipificación psicopatológica, evaluación diagnóstica y orientación de tratamiento de los pacientes con TLP.



- La integración de los conceptos y modelos neurobiológicos, fenomenológicos y psicológicos profundos se antoja crucial para un mejor estudio de la personalidad y su patología.

## **9. BIBLIOGRAFÍA**



1. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011;377(9759):74-84.
2. Kernberg OF, Michels R. Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166(5):505-8.
3. Gutiérrez F. The course of personality pathology. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(1):78-83.
4. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):20-6.
5. Zimmerman M. Borderline personality disorder: a disorder in search of advocacy. *J Nerv Ment Dis*. 2015;203(1):8-12.
6. Gunderson JG, Zanarini MC, Choi-Kain LW, Mitchell KS, Jang KL, Hudson JI. Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):753-62.
7. Guendelman S, Garay L, Miño V. [Neurobiology of borderline personality disorder]. *Rev Med Chil*. 2014;142(2):204-10.
8. Carpenter RW, Tomko RL, Trull TJ, Boomsma DI. Gene-environment studies and borderline personality disorder: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(1):336.
9. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ª Ed. (DSM-5). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2014.
10. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
11. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2012;169(5):476-83.
12. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(8):827-37.
13. Stoffers JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8:CD005652.
14. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS c. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed.. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.

16. Gunderson JG, Singer MT. Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry*. 1975;132(1):1-10.
17. Gunderson JG, Kolb JE. Discriminating features of borderline patients. *Am J Psychiatry*. 1978;135(7):792-6.
18. Kernberg O. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc*. 1967;15(3):641-85.
19. Oldham JM. The alternative DSM-5 model for personality disorders. *World Psychiatry*. 2015;14(2):234-6.
20. Morey LC, Skodol AE, Oldham JM. Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *J Abnorm Psychol*. 2014;123(2):398-405.
21. Gunderson JG. Revising the borderline diagnosis for DSM-V: an alternative proposal. *J Pers Disord*. 2010;24(6):694-708.
22. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*. 2010;167(7):748-51.
23. Cuthbert BN. Research Domain Criteria: toward future psychiatric nosologies. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(1):89-97.
24. Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson; 1975.
25. Lenzenweger MF, McClough JF, Clarkin JF, Kernberg OF. Exploring the interface of neurobehaviorally linked personality dimensions and personality organization in borderline personality disorder: the Multidimensional Personality Questionnaire and Inventory of Personality Organization. *J Pers Disord*. 2012;26(6):902-18.
26. Clarkin JF, De Panfilis C. Developing conceptualization of borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2013;201(2):88-93.
27. Stern BL, Caligor E, Clarkin JF, Critchfield KL, Horz S, MacCornack V, et al. Structured Interview of Personality Organization (STIPO): preliminary psychometrics in a clinical sample. *J Pers Assess*. 2010;92(1):35-44.
28. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;122(2):103-9.
29. Paris J. The Natural History of Personality Disorders: Recovery and Residual Symptoms. *Can J Psychiatry*. 2015;60(7):301-2.
30. Stern A. Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q*. 1938;7:467-89.
31. Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry*. 2009;166(5):530-9.
32. Gunderson JG. *Borderline Personality Disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press;; 1984.

33. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 ed. New York: American Psychiatric Association; 1994.
34. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press; 1993.
35. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 1999;156(10):1563-9.
36. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment. *Psychoanal Inq*. 2013;33(6):595-613.
37. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2000;41(6):416-25.
38. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2001.
39. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):922-8.
40. Clarkin J, Yeomans F, Kernberg O. Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2007.
41. Gutiérrez F, Vall G, Peri JM, Gárriz M, Garrido JM. A hierarchical model of normal and abnormal personality up to seven factors. *Compr Psychiatry*. 2014;55(2):326-35.
42. Wright AG, Hopwood CJ, Zanarini MC. Associations between changes in normal personality traits and borderline personality disorder symptoms over 16 years. *Personal Disord*. 2015;6(1):1-11.
43. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry*. 2006;188:423-31.
44. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;62(6):553-64.
45. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord*. 2010;24(4):412-26.
46. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *J Pers Disord*. 2014;28(5):734-50.
47. Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Fuentes M, et al. Borderline personality disorder in primary care. *Arch Intern Med*. 2002;162(1):53-60.
48. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1911-8.
49. Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. 2002;51(12):936-50.

50. Aragonès E, Salvador-Carulla L, López-Muntaner J, Ferrer M, Piñol JL. Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gac Sanit.* 2013;27(2):171-4.
51. Salvador-Carulla L, Bendeck M, Ferrer M, Andión O, Aragonès E, Casas M, et al. Cost of borderline personality disorder in Catalonia (Spain). *Eur Psychiatry.* 2014;29(8):490-7.
52. Ferrer M, Andion O, Bendeck M, Calvo N, Prat M, Aragonés E, et al. Regional analysis of health service utilisation by persons with borderline personality disorders: implications for evidence-informed policy. *J Ment Health Policy Econ.* 2015;18(1):17-25.
53. Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(4):533-45.
54. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58(6):590-6.
55. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Silk KR, Hudson JI, McSweeney LB. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10-year follow-up study. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):929-35.
56. National Institute of Clinical Excellence (NICE). Borderline Personality Disorder: treatment and management. London: National Institute of Clinical Excellence (NICE); 2009.
57. Paris J, Chenard-Poirier MP, Biskin R. Antisocial and borderline personality disorders revisited. *Compr Psychiatry.* 2013;54(4):321-5.
58. Paris J, Lis E. Can sociocultural and historical mechanisms influence the development of borderline personality disorder? *Transcult Psychiatry* (in press)
59. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull.* 2009;135(3):495-510.
60. Bateman A FP. Mentalization-based understanding of borderline personality disorder. In: Bateman A FP, editor. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
61. Levy KN, Beeney JE, Temes CM. Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2011;13(1):50-9.
62. Paris J. The nature of borderline personality disorder: multiple dimensions, multiple symptoms, but one category. *J Pers Disord.* 2007;21(5):457-73.
63. Torgersen S, Myers J, Reichborn-Kjennerud T, Røysamb E, Kubarych TS, Kendler KS. The heritability of Cluster B personality disorders assessed both by personal interview and questionnaire. *J Pers Disord.* 2012;26(6):848-66.
64. Distel MA, Trull TJ, Derom CA, Thiery EW, Grimmer MA, Martin NG, et al. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med.* 2008;38(9):1219-29.

65. Kendler KS, Eaves LJ. Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. *Am J Psychiatry*. 1986;143(3):279-89.
66. Distel MA, Middeldorp CM, Trull TJ, Derom CA, Willemsen G, Boomsma DI. Life events and borderline personality features: the influence of gene-environment interaction and gene-environment correlation. *Psychol Med*. 2011;41(4):849-60.
67. Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry*. 2002;51(12):951-63.
68. Ferrer M. Trastorno Límite de Personalidad: diferentes manifestaciones de un mismo trastorno. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2013.
69. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1991;148(12):1647-58.
70. Carrasco JL. [Psychobiological approach to personality disorders]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1997;25(4):207-16.
71. Andi6n O, Ferrer M, Calvo N, Gancedo B, Barral C, Di Genova A, et al. Exploring the clinical validity of borderline personality disorder components. *Compr Psychiatry*. 2013;54(1):34-40.
72. Zanarini MC, Frankenburg FR, Wedig MM, Fitzmaurice GM. Cognitive experiences reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2013;170(6):671-9.
73. Carrasco JL, DÍaz-Marsá M, Pastrana JI, Molina R, Brotons L, López-Ibor MI, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis response in borderline personality disorder without post-traumatic features. *Br J Psychiatry*. 2007;190:357-8.
74. Stanley B, Siever LJ. The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *Am J Psychiatry*. 2010;167(1):24-39.
75. King-Casas B, Sharp C, Lomax-Bream L, Lohrenz T, Fonagy P, Montague PR. The rupture and repair of cooperation in borderline personality disorder. *Science*. 2008;321(5890):806-10.
76. DÍaz-Marsá M, Carrasco JL, López-Ibor M, Moratti S, Montes A, Ortiz T, et al. Orbitofrontal dysfunction related to depressive symptomatology in subjects with borderline personality disorder. *J Affect Disord*. 2011;134(1-3):410-5.
77. Carrasco JL, Tajima-Pozo K, DÍaz-Marsá M, Casado A, López-Ibor JJ, Arrazola J, et al. Microstructural white matter damage at orbitofrontal areas in borderline personality disorder. *J Affect Disord*. 2012;139(2):149-53.
78. Ruocco AC. The neuropsychology of borderline personality disorder: a meta-analysis and review. *Psychiatry Res*. 2005;137(3):191-202.
79. Hurlemann R, Hawellek B, Maier W, Dolan RJ. Enhanced emotion-induced amnesia in borderline personality disorder. *Psychol Med*. 2007;37(7):971-81.
80. Harari H, Shamay-Tsoory SG, Ravid M, Levkovitz Y. Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Res*. 2010;175(3):277-9.



81. Santangelo P, Bohus M, Ebner-Priemer UW. Ecological momentary assessment in borderline personality disorder: a review of recent findings and methodological challenges. *J Pers Disord.* 2014;28(4):555-76.
82. Downey G, Feldman SI. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *J Pers Soc Psychol.* 1996;70(6):1327-43.
83. Ayduk O, Zayas V, Downey G, Cole AB, Shoda Y, Mischel W. Rejection Sensitivity and Executive Control: Joint predictors of Borderline Personality features. *J Res Pers.* 2008;42(1):151-68.
84. Biskin RS, Paris J. Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ.* 2012;184(16):1789-94.
85. Grilo CM, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Stout RL, Bender DS, et al. Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: a 2-year prospective study. *Can J Psychiatry.* 2007;52(6):357-62.
86. Zimmerman M, Chelminski I, Young D, Dalrymple K, Martinez J. Does the presence of one feature of borderline personality disorder have clinical significance? Implications for dimensional ratings of personality disorders. *J Clin Psychiatry.* 2012;73(1):8-12.
87. Ellison WD, Rosenstein L, Chelminski I, Dalrymple K, Zimmerman M. The Clinical Significance of Single Features of Borderline Personality Disorder: Anger, Affective Instability, Impulsivity, and Chronic Emptiness in Psychiatric Outpatients. *J Pers Disord.* 2015:1-10.
88. Trull TJ, Solhan MB, Tragesser SL, Jahng S, Wood PK, Piasecki TM, et al. Affective instability: measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *J Abnorm Psychol.* 2008;117(3):647-61.
89. Tragesser SL, Solhan M, Brown WC, Tomko RL, Bagge C, Trull TJ. Longitudinal associations in borderline personality disorder features: Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R) scores over time. *J Pers Disord.* 2010;24(3):377-91.
90. Gunderson JG, Lyons-Ruth K. BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *J Pers Disord.* 2008;22(1):22-41.
91. Paris J. Personality disorders over time: precursors, course and outcome. *J Pers Disord.* 2003;17(6):479-88.
92. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *Am J Psychiatry.* 2004;161(7):1296-8.
93. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Skodol AE, Grilo CM, Edelen MO, et al. Personality traits as prospective predictors of suicide attempts. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;120(3):222-9.
94. Boisseau CL, Yen S, Markowitz JC, Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, et al. Individuals with single versus multiple suicide attempts over 10 years of prospective follow-up. *Compr Psychiatry.* 2013;54(3):238-42.
95. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Weinberg I, Gunderson JG. The 10-year course of physically self-destructive acts reported by

borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;117(3):177-84.

96. McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G. Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(5):721-9.

97. Wedig MM, Frankenburg FR, Bradford Reich D, Fitzmaurice G, Zanarini MC. Predictors of suicide threats in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychiatry Res.* 2013;208(3):252-6.

98. Zanarini MC, Laudate CS, Frankenburg FR, Wedig MM, Fitzmaurice G. Reasons for self-mutilation reported by borderline patients over 16 years of prospective follow-up. *J Pers Disord.* 2013;27(6):783-94.

99. Kleindienst N, Bohus M, Ludäscher P, Limberger MF, Kuenkele K, Ebner-Priemer UW, et al. Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(3):230-6.

100. Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Alvarez E, et al. [Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R)]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004;32(5):293-8.

101. Akiskal HS. The bipolar spectrum--the shaping of a new paradigm in psychiatry. *Curr Psychiatry Rep.* 2002;4(1):1-3.

102. Paris J, Black DW. Borderline personality disorder and bipolar disorder: what is the difference and why does it matter? *J Nerv Ment Dis.* 2015;203(1):3-7.

103. Zimmerman M, Morgan TA. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2013;15(2):155-69.

104. Pagura J, Stein MB, Bolton JM, Cox BJ, Grant B, Sareen J. Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *J Psychiatr Res.* 2010;44(16):1190-8.

105. Carpenter RW, Wood PK, Trull TJ. Comorbidity of Borderline Personality Disorder and Lifetime Substance Use Disorders in a Nationally Representative Sample. *J Pers Disord.* 2015:1-15.

106. Zanarini MC, Frankenburg FR, Frankenburg FR, Weingeroff JL, Reich DB, Fitzmaurice GM, et al. The course of substance use disorders in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Addiction.* 2011;106(2):342-8.

107. Ferrer M, Andión O, Matalí J, Valero S, Navarro JA, Ramos-Quiroga JA, et al. Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline patients defines an impulsive subtype of borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 2010;24(6):812-22.

108. Philipsen A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry.* 2008;192(2):118-23.

109. Simonsen E, Ronningstam E, Millon T. A synopsis of the WPA Educational Program on Personality Disorders. *World Psychiatry.* 2008;7(2):119-25.

110. Samuel DB, Sanislow CA, Hopwood CJ, Shea MT, Skodol AE, Morey LC, et al. Convergent and incremental predictive validity of clinician, self-report, and

structured interview diagnoses for personality disorders over 5 years. *J Consult Clin Psychol.* 2013;81(4):650-9.

111. López-Ibor JJ PA, Rubio V. *International Personality Disorder Examination IPDE.* Madrid: Meditor; 1996.

112. First MB GM, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II).* New York: Biometrics Research Department (NY): New York State Psychiatric Institute; 1999.

113. Grilo CM, Anez LM, McGlashan TH. The Spanish-Language Version of the Diagnostic Interview for DSM-IV personality disorders: development and initial psychometric evaluation of diagnoses and criteria. *Compr Psychiatry.* 2003;44(2):154-61.

114. Calvo N, Gutiérrez F, Andi6n O, Caseras X, Torrubia R, Casas M. Psychometric properties of the Spanish version of the self-report Personality Diagnostic Questionnaire -4+ (PDQ-4+) in psychiatric outpatients. *Psicothema.* 2012;24(1):156-60.

115. Cardenal V, Sanchez MP, Ortiz-Tallo M. *Guía práctica para la interpretación del MCMI-III. Evaluación de 14 casos clínicos.* Madrid: TEA ediciones; 1997.

116. Ávila-Espada A, Jimenez-Gomez F. *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2).* Madrid: TEA ediciones; 1999.

117. Soler J, Vega D, Feliu-Soler A, Trujols J, Soto A, Elices M, et al. Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry.* 2013;13:139.

118. Costa P, McGrae R. *Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO FFI): Profesional manual.* Odessa, FLA: Psychological Assesment Resources; 1992.

119. Gutiérrez-Zotes JA, Bay6n C, Montserrat C, Valero J, Labad A, Cloninger CR, et al. [Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R). Standardization and normative data in a general population sample]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004;32(1):8-15.

120. Gutiérrez-Zotes JA, Ramos JA, Sáiz J. Desarrollo de la versión española del cuestionario de personalidad Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ-III) y propiedades psicométricas. *Psiquis.* 2001;22:19-30.

121. Gutiérrez-Zotes JA, Gutiérrez F, Valero J, Gallego E, Baillés E, Torres X, et al. Structure of personality pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPP-BQ. *J Pers Disord.* 2008;22(4):389-404.

122. Perez V, Barrachina J, Soler J, Pascual JC, Campins MJ, Puigdemont D, et al. The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007;35(4):229-35.

123. Biskin RS. The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatry.* 2015;60(7):303-8.

124. Chanen AM. Borderline Personality Disorder in Young People: Are We There Yet? *J Clin Psychol.* 2015;71(8):778-91.

125. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118(5):410-3.

126. Kaess M, Brunner R, Chanen A. Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*. 2014;134(4):782-93.
127. Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD. The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract*. 2009;15(3):163-72.
128. Delgado C, editor. ATrapa (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia). Madrid: Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM); 2015.
129. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *J Pers Disord*. 2005;19(5):505-23.
130. Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, McGlashan TH, Morey LC, Sanislow CA, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *J Pers Disord*. 2005;19(5):487-504.
131. Gutiérrez F, Vall G, Peri JM, Baillés E, Ferraz L, Gárriz M, et al. Personality disorder features through the life course. *J Pers Disord*. 2012;26(5):763-74.
132. Hopwood CJ, Morey LC, Donnellan MB, Samuel DB, Grilo CM, McGlashan TH, et al. Ten-year rank-order stability of personality traits and disorders in a clinical sample. *J Pers*. 2013;81(3):335-44.
133. Keuroghlian AS, Frankenburg FR, Zanarini MC. The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *J Psychiatr Res*. 2013;47(10):1499-506.
134. Fok ML, Hayes RD, Chang CK, Stewart R, Callard FJ, Moran P. Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *J Psychosom Res*. 2012;73(2):104-7.
135. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behav Res Ther*. 2009;47(5):353-8.
136. Soler J. Aplicación de la terapia dialectico conductual grupal en el trastorno límite de personalidad. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2010.
137. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(5):475-82.
138. Melendo JJ, Carolina C, coordinadores. Guía del trastorno límite de la personalidad (Guía para el profesional). Madrid: Servicio Madrileño de Salud. Oficina regional de coordinación de salud mental.; 2009.
139. Yeomans FE, Levy KN, Caligor E. Transference-focused psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*. 2013;50(3):449-53.

140. Fischer-Kern M, Doering S, Taubner S, Hörz S, Zimmermann J, Rentrop M, et al. Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: change in reflective function. *Br J Psychiatry*. 2015;207(2):173-4.
141. Perez DL, Vago DR, Pan H, Root J, Tuescher O, Fuchs BH, et al. Frontolimbic Neural Circuit Changes in Emotional Processing and Inhibitory Control Associated With Clinical Improvement Following Transference-Focused Psychotherapy in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015.
142. Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 2006;62(4):445-58.
143. Blum N, Pfohl B, John DS, Monahan P, Black DW. STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder--a preliminary report. *Compr Psychiatry*. 2002;43(4):301-10.
144. Pascual JC, Palomares N, Ibáñez Á, Portella MJ, Arza R, Reyes R, et al. Efficacy of cognitive rehabilitation on psychosocial functioning in Borderline Personality Disorder: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):255.
145. Lieb K, Völlm B, Rücker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry*. 2010;196(1):4-12.
146. Stoffers JM, Lieb K. Pharmacotherapy for borderline personality disorder--current evidence and recent trends. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(1):534.
147. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Conkey LC, Fitzmaurice GM. Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: a 16-year study. *Psychiatr Serv*. 2015;66(1):15-20.
148. Kernberg OF. *Trastornos Graves de la Personalidad*. Madrid: Manual Moderno; 1992.
149. Clarkin JF, Caligor E, Stern B, Kernberg OF. Structured interview of personality organization (STIPO). New York: Personality Disorders Institute-Weill Medical College of Cornell University; 2003.
150. Kernberg OF. Structural interviewing. *Psychiatr Clin North Am*. 1981;4(1):169-95.
151. Ingenhoven TJ, Duivenvoorden HJ, Brogtrop J, Lindenborn A, van den Brink W, Passchier J. Interrater reliability for Kernberg's structural interview for assessing personality organization. *J Pers Disord*. 2009;23(5):528-34.
152. Clarkin J, Foelsch P, Kernberg OF. The inventory of personality organization. New York: The Personality Disorder Institute. Department of Psychiatry. Cornell University Medical College; 2001.
153. Preti E, Prunas A, De Panfilis C, Marchesi C, Madeddu F, Clarkin JF. The facets of identity: personality pathology assessment through the Inventory of Personality Organization. *Personal Disord*. 2015;6(2):129-40.
154. Lenzenweger MF, Clarkin JF, Kernberg OF, Foelsch PA. The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychol Assess*. 2001;13(4):577-91.

155. Ellison WD, Levy KN. Factor structure of the primary scales of the Inventory of Personality Organization in a nonclinical sample using exploratory structural equation modeling. *Psychol Assess.* 2012;24(2):503-17.
156. Zimmermann J, Benecke C, Hörz-Sagstetter S, Dammann G. [Standardization of the German 16-item short version of the Inventory of Personality Organization (IPO-16)]. *Z Psychosom Med Psychother.* 2015;61(1):5-18.
157. Hörz S, Stern B, Caligor E, Critchfield K, Kernberg OF, Mertens W, et al. A prototypical profile of borderline personality organization using the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *J Am Psychoanal Assoc.* 2009;57(6):1464-8.
158. Doering S, Burgmer M, Heuft G, Menke D, Bäumer B, Lübking M, et al. Reliability and validity of the German version of the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *BMC Psychiatry.* 2013;13:210.
159. Riegel K PM, Harsa P. The Structured Interview of Personality Organization (STIPO): The measure introduction in the context of the DSM-5 (Czech language). *Psychiatrie.* 2015;19:20-9.
160. Villar García M, Pérez Prieto JF, Hernández Viadel M, Renovell Farré M, Leal Cercos C, Gómez Beneyto M. [Preparation of a SCID-II-based diagnostic tool for personality disorders. Spanish version. Translation and adaptation]. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1995;23(4):178-83.
161. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. The revised diagnostic interview for borderlines. Discriminating BPD from other Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders.* 1989;3:10-8.
162. Clarkin JC, E. Stern, B. Kernberg. O. Structured Interview of Personality Organization (STIPO). New York: Personality Disorders Institute. Weill Medical College of Cornell University; 2007.
163. Personality Studies Institute website. <http://www.personalitystudiesinstitute.com/pdf/Structured-Interview-of-Personality-Organization.pdf>
164. Andión Ó, Ferrer M, Di Genova A, Calvo N, Gancedo B, Matalí J, et al. The SCID-II and DIB-R interviews: diagnostic association with poor outcome risk factors in Borderline Personality Disorder. *Psicothema.* 2012;24(4):523-8.
165. Bridler R, Häberle A, Müller ST, Cattapan K, Grohmann R, Toto S, et al. Psychopharmacological treatment of 2195 in-patients with borderline personality disorder: A comparison with other psychiatric disorders. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2015;25(6):763-72.
166. Knappich M, Hörz-Sagstetter S, Schwerthöffer D, Leucht S, Rentrop M. Pharmacotherapy in the treatment of patients with borderline personality disorder: results of a survey among psychiatrists in private practices. *Int Clin Psychopharmacol.* 2014;29(4):224-8.
167. Hörz S, Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. *Psychiatr Serv.* 2010;61(6):612-6.

168. Elices M, Pascual JC, Carmona C, Martín-Blanco A, Feliu-Soler A, Ruiz E, et al. Exploring the relation between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*. 2015;15:180.
169. Fischer-Kern Mea. The relationship between Personality Organization, Reflective Functioning and Psychiatric Classification in Borderline Personality Disorder. *Psychoanal Psychol*. 2010;27:395-409.
170. Clarkin JF, Lenzenweger MF, Yeomans F, Levy KN, Kernberg OF. An object relations model of borderline pathology. *J Pers Disord*. 2007;21(5):474-99.
171. Kernberg OF, Caligor E. A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Lenzenweger MF CJ, editor. *Major Theories of Personality Disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2005. p. 114-56.
172. Zanarini MC, Frankenburg FR, Fitzmaurice G. Defense mechanisms reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up: description and prediction of recovery. *Am J Psychiatry*. 2013;170(1):111-20.
173. Schmitt DP, Realo A, Voracek M, Allik J. Why can't a man be more like a woman? Sex differences in Big Five personality traits across 55 cultures. *J Pers Soc Psychol*. 2008;94(1):168-82.
174. Wedig MM, Silverman MH, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Zanarini MC. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychol Med*. 2012;42(11):2395-404.
175. Silberschmidt A, Lee S, Zanarini M, Schulz SC. Gender Differences in Borderline Personality Disorder: Results From a Multinational, Clinical Trial Sample. *J Pers Disord*. 2015:1-11.
176. Links PS, Kolla NJ, Guimond T, McMain S. Prospective risk factors for suicide attempts in a treated sample of patients with borderline personality disorder. *Can J Psychiatry*. 2013;58(2):99-106.
177. Mancke F, Bertsch K, Herpertz SC. Gender differences in aggression of borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2015;2:7.
178. Yalch MM, Levendosky AA. Betrayal trauma and dimensions of borderline personality organization. *J Trauma Dissociation*. 2014;15(3):271-84.
179. Freyd JJ, Klest B, Allard CB. Betrayal trauma: relationship to physical health, psychological distress, and a written disclosure intervention. *J Trauma Dissociation*. 2005;6(3):83-104.
180. Frías Á, Palma C. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathology*. 2015;48(1):1-10.
181. Soloff PH, Chiappetta L. Subtyping borderline personality disorder by suicidal behavior. *J Pers Disord*. 2012;26(3):468-80.
182. Soloff PH, Chiappetta L. Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2012;169(5):484-90.

183. Barrachina J, Pascual JC, Ferrer M, Soler J, Rufat MJ, Andi6n O, et al. Axis II comorbidity in borderline personality disorder is influenced by sex, age, and clinical severity. *Compr Psychiatry*. 2011;52(6):725-30.
184. H6rz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Kapusta N, Buchheim P, et al. [Personality structure and clinical severity of borderline personality disorder]. *Z Psychosom Med Psychother*. 2010;56(2):136-49.
185. Ronningstam E. An update on narcissistic personality disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(1):102-6.
186. Kernberg OF. The almost untreatable narcissistic patient. *J Am Psychoanal Assoc*. 2007;55(2):503-39.
187. Black DW. The Natural History of Antisocial Personality Disorder. *Can J Psychiatry*. 2015;60(7):309-14.
188. Norstr6m T, Rossow I. Cannabis use and violence: Is there a link? *Scand J Public Health*. 2014;42(4):358-63.
189. Scholes-Balog KE, Hemphill SA, Evans-Whipp TJ, Toumbourou JW, Patton GC. Developmental trajectories of adolescent cannabis use and their relationship to young adult social and behavioural adjustment: A longitudinal study of Australian youth. *Addict Behav*. 2015;53:11-8.
190. Distel MA, Carlier A, Middeldorp CM, Derom CA, Lubke GH, Boomsma DI. Borderline personality traits and adult attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: a genetic analysis of comorbidity. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2011;156B(7):817-25.
191. Rentrop M, Zilker T, Lederle A, Birkhofer A, H6rz S. Psychiatric comorbidity and personality structure in patients with polyvalent addiction. *Psychopathology*. 2014;47(2):133-40.
192. Zimmerman M, Chelminski I, Young D, Dalrymple K, Martinez J. Is dimensional scoring of borderline personality disorder important only for subthreshold levels of severity? *J Pers Disord*. 2013;27(2):244-51.
193. Tragesser SL, Solhan M, Schwartz-Mette R, Trull TJ. The role of affective instability and impulsivity in predicting future BPD features. *J Pers Disord*. 2007;21(6):603-14.
194. ERIKSON EH. The problem of ego identity. *J Am Psychoanal Assoc*. 1956;4(1):56-121.
195. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995;51(6):768-74.
196. Kessler H, Stasch M, Cierpka M. Operationalized psychodynamic diagnosis as an instrument to transfer psychodynamic constructs into neuroscience. *Front Hum Neurosci*. 2013;7:718.





## **10. ANEXOS**



## **HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE**

### **CORRELACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD CON LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: UN ESTUDIO CON LA ENTREVISTA STIPO.**

El trastorno límite de personalidad es un cuadro clínico que se caracteriza por un estado anímico inestable, sentimientos intensos de vacío, dificultad para controlar los impulsos y dificultad para organizar la vida afectiva en general. Muchas personas pueden padecerlo en mayor o menor medida, o pueden tener mayor riesgo de padecer síntomas parecidos en situaciones de estrés.

La STIPO es una entrevista clínica semiestructurada, de unos 90-120 minutos de duración, desarrollada para evaluar la organización estructural de la personalidad de un individuo a través de la valoración de la manera estructurada en que este se ve y relaciona. Consta de 87 preguntas que abordan tanto el mundo interno como la conducta de la persona.

El objetivo del estudio es, a través de la realización de la entrevista STIPO, la profundización en la comprensión clínica del Trastorno Límite de Personalidad, y el hallazgo de datos de interés tanto para la evaluación diagnóstica como para la orientación terapéutica de la persona participante en el mismo.

La realización de esta entrevista no tiene ningún efecto adverso ni ninguna contraindicación conocida. La participación en este estudio es totalmente voluntaria y su no aceptación no afecta en ninguna medida al tratamiento habitual que puede estar usted recibiendo en el centro.

La información obtenida es de carácter confidencial para uso exclusivo en este Estudio, y por su equipo de profesionales tratantes, y estará protegida de acuerdo a la Ley 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal.

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **CORRELACIÓN ENTRE LA ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD Y LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: UN ESTUDIO CON LA ENTREVISTA STIPO.**

Yo.....

He leído y comprendido la información escrita que se me ha entregado.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas y discutir de este estudio con los médicos o investigadores.

Mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Sé que tengo libertad para no participar en el estudio sin que ello implique ningún perjuicio en la atención médica que pueda recibir.

Estoy de acuerdo con que mi consentimiento por escrito y los datos de la entrevista estén a disposición del hospital y del Estudio en el que estoy participando, pero siempre respetando la confidencialidad y la garantía de que mis datos no estarán disponibles públicamente de forma que pueda ser identificado.

Es posible que este estudio no derive en ningún resultado concluyente acerca de mi posible enfermedad.

Con todo esto doy mi consentimiento para participar en el mencionado estudio.

Firma:

DNI:

Firma del Investigador:

Firma del representante legal si procede:

DNI:

**STIPO 1.07**

**STRUCTURED INTERVIEW OF PERSONALITY ORGANIZATION**  
**(STIPO)**

John F. Clarkin, Eve Caligor, Barry Stern & Otto F. Kernberg

Personality Disorders Institute  
Weill Medical College of Cornell University

Traducción al español de Álvaro Esguevillas

© 2007 Clarkin, Caligor, Stern & Kernberg

## **INSTRUCCIONES DE LA ENTREVISTA STIPO**

Le voy a hacer una serie de preguntas acerca de su situación vital y sus características de personalidad. Por favor, conteste a las preguntas de la manera más abierta y honesta posible. Normalmente, me referiré a un periodo de tiempo que comprende los últimos 5 años.

En los últimos 5 años, ¿ha habido veces en las que no ha sido su “yo normal”, debido a dificultades psiquiátricas como un trastorno bipolar, una esquizofrenia o abuso de alcohol y/o drogas?

En caso positivo, ¿cuánto tiempo ha sido así, de estos 5 años?

(PARA DESCARTAR PATOLOGÍA EJE I)

Finalmente, antes de empezar la entrevista, debo decirle que esta entrevista tiene sus peculiaridades: en algún momento se parece a una entrevista con una discusión, y en otros no. Le haré muchas preguntas, y escucharé sus respuestas. En algunos casos, puede que le haga preguntas adicionales para clarificar sus respuestas, y en otros casos, puede que le pare mientras esté hablando – lo haré generalmente cuando piense que tengo toda la información que necesito, y porque esté preocupado porque seamos capaces de realizar la entrevista en su totalidad.

¿Tiene alguna pregunta?

## SECCIÓN 1: **IDENTIDAD**

### a) **CAPACIDAD DE INVESTIR/COMPROMETERSE/OCUPAR LA ENERGÍA LIBIDINAL EN ALGO**

Dígame como ha pasado la mayor parte de su tiempo en los últimos 5 años, por ejemplo, ¿ha estado trabajando a tiempo completo, parcial, estudiando...?

#### Compromiso/Ocupación a nivel laboral

¿Qué tipo de trabajo/s, voluntario o asalariado, ha realizado en los últimos 5 años?

Explorar: tiempo completo/parcial, media de horas semanales trabajadas, etc. (cantidad/cualidad del trabajo)

#### **1. Idinv 1                      Eficacia en el trabajo**

¿Cuán eficaz es Vd. En su trabajo?

Explorar: evaluaciones de su actividad, ascensos, apoyo por parte de los jefes,...

¿Diría que su desempeño laboral está significativamente por debajo de sus habilidades o potencial, o que está más o menos al mismo nivel que sus capacidades?

¿Está su trabajo por encima o por debajo de su nivel educativo?

0= Se percibe a sí mismo como eficaz en su trabajo: trabaja dando su total potencial, mayoritariamente, y en un nivel concordante a su formación

1= Se percibe a sí mismo como por debajo de un nivel óptimo de eficacia: trabaja en un nivel que en algún modo está por debajo de su potencial o nivel educativo

2= Hay una discapacidad significativa-severa respecto al mundo laboral: se percibe a sí mismo como principal o totalmente ineficaz, y/o trabajando muy por debajo de su potencial o nivel formativo

9= No ha desempeñado ningún empleo significativo durante los últimos 5 años. No procede evaluar.



**2. Idinv 2****Estabilidad laboral**

¿Cuán estable es Vd. en su trabajo?

¿Falta Vd. a su trabajo frecuentemente; en el mes pasado, por ejemplo, cuantos días de trabajo se perdió?

Cuando ha faltado a trabajar, ¿qué causa lo ha producido? (Cuanto tiempo suele faltar a trabajar por dichas razones)

¿Ha habido periodos de tiempo en los últimos 5 años en que no ha estado trabajando o estudiando?

0= Estabilidad laboral: las ausencias se limitan a enfermedades físicas, vacaciones planeadas u otras causas esperables.

1= El trabajo es de algún modo inestable: verbaliza faltas que no son achacables a enfermedades físicas o vacaciones; puede que cambie de trabajo con frecuencia: puede tener frecuentes bajas por enfermedades físicas, pero no existe una discapacidad laboral (funcionamiento deficiente) muy significativa.

2= El trabajo es inestable: puede que sea esporádico, con más días faltados que trabajados, con muchos cambios de puesto, con estancias breves en los trabajos.

9= No ha desempeñado ningún empleo significativo durante los últimos 5 años. No procede evaluar.

### 3. Idinv 3 Metas/ambiciones laborales

¿Cuán importante es su trabajo? ¿Diría que es Vd. ambicioso con respecto a su trabajo y carrera profesional; que metas tiene con respecto a su trabajo?

¿Cuán realistas diría que son esas metas? ¿Ha sido Vd. eficaz en alcanzar esas metas?

¿Cuán estables han sido esas metas – han cambiado con frecuencia?

En los últimos 5 años, ¿se ha correspondido su trabajo con sus metas?

0= Tiene metas/ambiciones laborales claras: hay concordancia entre el trabajo y las metas vitales

1= Las metas/ambiciones laborales no son del todo claras: puede estar comprometido y ser consistente en el trabajo, pero lo ve estrictamente como un medio para alcanzar un fin, con poco sentido de tener metas/ambiciones; puede mostrar ambiciones, pero en un contexto poco realista, o ser poco eficaz a la hora de alcanzar sus metas.

2= No puede identificar metas/ambiciones laborales claras; no hay ambiciones; muy poca o nula correspondencia entre el trabajo y las metas profesionales y vitales.

9= No ha desempeñado ningún empleo significativo durante los últimos 5 años. No procede evaluar.

---

**4. Idinv 4**

**Satisfacción laboral**

¿Disfruta trabajando?

¿Le aporta el trabajo un sentido de satisfacción, de sentirse realizado?

¿Le aporta algún sentimiento de orgullo y satisfacción simplemente el hacer bien su trabajo?

0=Obtiene satisfacción y disfrute de su trabajo

1= De algún modo está insatisfecho con su trabajo: obtiene alguna gratificación de su trabajo; el disfrute derivado del trabajo es mínimo; puede que vea el trabajo como un medio para alcanzar un fin, con muy poca recompensa intrínseca en el hecho de hacer dicho trabajo

2= Insatisfecho de una manera significativa a severa y/o crónica con el trabajo: muy poco o ninguna sensación de satisfacción/gratificación/disfrute en el trabajo; puede que le moleste tener que trabajar.

9= No ha desempeñado ningún empleo significativo durante los últimos 5 años. No procede evaluar.

Compromiso/ocupación en los estudios

¿Ha estado escolarizado/formándose en algún campo académico de un modo formal durante los últimos 5 años?

Explorar: tiempo parcial/completo, duración en la escuela, etc.

**5. Idinv 5      Eficacia en los estudios**

¿Cuán eficaz es Vd. en sus estudios?

¿Cómo son sus calificaciones? ¿Es capaz de cumplir con los plazos?

¿Alcanza todo su potencial?

¿Qué *feedback* ha recibido generalmente sobre su desempeño académico?  
(positivo o negativo)

0=Eficaz en sus estudios: cumple con los plazos; alcanza su potencial en cuanto a calificaciones a lo largo de la mayoría de sus tareas; recibe *feedback* positivo.

1= De alguna manera ineficaz en sus estudios: puede ser eficaz en algunas tareas pero ineficaz en otras; el *feedback* es mixto (positivo/negativo)

2= Ineficaz en sus estudios: abandona, fracasa a la hora de completar los cursos o alcanzar las expectativas en la mayoría de sus propósitos.

9= No ha estado estudiando de un modo significativo durante los últimos 5 años.  
No procede evaluar.

**6. Idinv 6****Estabilidad académica**

¿Cuán estable es Vd. en sus estudios?

¿Ha habido descansos o parones en su educación que no estaban planeados?

¿Ha tenido que coger solo parte de las asignaturas/contenidos en alguno de sus cursos?

0=Estable en sus tareas académicas: se mantiene escolarizado; no abandona fuera de razones excepcionales e inusuales

1= Algo inestable en sus tareas académicas: hay evidencia de inestabilidad en sus tareas académicas como adulto, ej. un patrón de matriculaciones variable (a veces inscrito y otras no); avanza de un modo más lento que lo presupuesto a la hora de licenciarse.

2= Inestable en sus cometidos académicos: abandona; frecuentemente empieza y deja tareas académicas; se cambia de titulaciones académicas; hay un fracaso a la hora de completar los cursos dentro de unos plazos de tal modo que el que obtenga sus metas es muy dudoso.

9= No ha estado estudiando de un modo significativo durante los últimos 5 años. No procede evaluar.

**7. Idinv 7****Satisfacción académica**

¿Disfruta y obtiene satisfacción de sus estudios?

¿Disfruta aprendiendo?

0= Disfruta con sus estudios: obtiene un claro sentido de satisfacción derivado del trabajo y el estudio

1= Hay una falta de disfrute en los estudios: la satisfacción y gratificación derivadas del trabajo es tenue; un cierto sentido de indiferencia, cinismo o de ver los estudios como un medio hacia un fin.

2= Le disgusta o es altamente indiferente a sus estudios: muy poco o ningún sentido de gratificación en ellos; ve el estudio estrictamente como un medio hacia un fin.

9= No ha estado estudiando de un modo significativo durante los últimos 5 años. No procede evaluar.

**8. Idinv 8 Metas/ambiciones académicas**

¿Cuán importantes son sus estudios para Vd.?

¿Se corresponden sus estudios con aquello que quiere hacer profesionalmente en su vida, se corresponden con sus metas?

Nota: Hacer las siguientes preguntas solamente si no ha contestado la parte de ocupación en el trabajo (preguntas 1-4)

¿Tiene un sentido claro de que le gustaría lograr profesionalmente, o de sus metas y aspiraciones laborales?

¿Cambian frecuentemente sus metas y aspiraciones laborales, o han permanecido estables por un periodo largo de tiempo?

Nota: Si las preguntas 1-4 ya se rellenaron, puntuar con la misma respuesta que la pregunta 3

0= Los estudios corresponden a las metas vitales/profesionales. Nota: esto puede incluir a los estudiantes de arte que a pesar de saber que van a hacer cuando se gradúen algo diferente, valoran una educación equilibrada.

1= Los estudios presentan una relación tenue con las metas profesionales: las metas pueden ser algo inestables.

2= Los estudios tienen poca o ninguna relación con las metas vitales y profesionales: no presenta ninguna meta profesional/vital; las metas pueden cambiar frecuentemente; puede no expresar ninguna meta para la que una educación sea claramente necesaria.

9= No ha estado estudiando de un modo significativo durante los últimos 5 años. No procede evaluar.

Compromiso/ocupación en actividades de ocio

**9. Idinv 9                      Ocio                      Presencia de intereses sostenidos**

Los fines de semana, o en su tiempo libre, ¿qué intereses tiene?

¿Está metido en actividades que conllevan una parte considerable de su tiempo?

Nota: Si el entrevistado no puede identificar ninguna actividad, probar con lo siguiente:

Por ejemplo, ¿tiene algún hobby en el que ocupa su tiempo, tal como aprender a tocar algún instrumento musical, alguna actividad deportiva, o alguna actividad artística?

¿Es asiduo a alguna actividad cultural, como ir al teatro o a conciertos? ¿Está metido de manera regular en alguna actividad religiosa?

¿Está metido en asuntos de voluntariado, o en política?

NOTA: Elige 1 ó 2 actividades más significativas, y explora para cada una:

Por cuánto tiempo lleva la persona haciendo dicha actividad, cuánto tiempo le lleva al día/Semana, consistencia del compromiso con la actividad, seriedad del interés, esfuerzos por intentar aumentar su conocimiento en dicha actividad (clases, lecturas, cursos)

¿Cuán estable es su compromiso con \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ : son actividades que practica de un modo regular, o esporádicamente?

0= Está genuinamente comprometido en actividades de ocio: describe uno o más áreas de interés en las que está metido de manera regular.

1= Hay cierto compromiso con actividades de ocio: el interés existe pero no se mantiene a largo plazo; hace poco esfuerzo por asegurar un compromiso consistente, participa en ellas de forma esporádica, incluso en periodos “activos”; comenta altibajos en su interés en las actividades.

2= Poco o ningún compromiso con actividades de ocio; los intereses cambian de manera significativa y frecuente; muy poca y superficial participación incluso en periodos “activos”; puede verbalizar no tener ningún interés en el que esté involucrado de manera constante; los adictos al trabajo sin tiempo para actividades de ocio.



**10. Idinv 10****Ocio****Inicia y abandona**

¿Es Vd. la clase de persona que tiende a comenzar hobbies e intereses y después los abandona?

¿Ha tenido varias actividades o hobbies en los que estuvo en su momento realmente interesado e involucrado, pero que posteriormente se desmotivó y abandonó?

0= Hay un compromiso consistente en actividades recreativas a lo largo del tiempo: en la pregunta 9 se ha puntuado como 0.

1= El compromiso en actividades recreativas es algo inconsistente: coge y deja actividades sin mantener un interés sostenido en el tiempo, y sin un área de disfrute claramente delimitado.

2= Inestabilidad significativa/severa en su compromiso con actividades de ocio: los intereses cambian con mucha frecuencia; puede verbalizar no tener ningún interés.

NOTA: Si ha puntuado 0 en la pregunta 9, puntúa 0 en la 10.

**11. Idinv 11****Ocio****Satisfacción**

Si hay una actividad específica identificada en la pregunta 9:

¿Es su interés en \_\_\_\_\_ satisfactorio?

¿Disfruta y se siente satisfecho de participar en \_\_\_\_\_?

Si no disfruta con esta actividad, ¿por qué continúa con ella? ¿Cree que lo hace por Vd., porque sabe que le hace bien?

Si no se identifica ninguna actividad específica en la pregunta 9:

¿De qué otras maneras ocupa su tiempo libre?

¿Tiene mucho tiempo libre que no sabe como ocupar, o diría que se mantiene ocupado?

¿Es su tiempo libre, de ocio, satisfactorio para Vd.?

0=El tiempo de ocio es generalmente estructurado y satisfactorio: involucrado en actividades con amigos; puede comentar que tiene poco tiempo libre, porque está metido en muchas actividades sociales o recreativas

1= Se muestra ambivalente acerca de sus actividades de ocio: hay cierto placer y disfrute, pero puede que también lo vea como una tarea o una obligación; puede que no se manifieste ambivalente sobre la actividad, pero sí manifestar un compromiso superficial con ella, puntuado con un 1 en la pregunta 9.

2=El tiempo de ocio no está estructurado y es insatisfactorio: no está involucrado en ninguna actividad significativa como las descritas arriba; puede comentar que tiene mucho tiempo libre sin estructurar; no disfruta con el tiempo de ocio; puede manifestar estar metido en actividades sociales o recreacionales pero sin ningún placer/satisfacción derivada de ellas, las vive como una tarea; es un adicto al trabajo.

**B) SENTIDO DE SÍ MISMO – COHERENCIA Y CONTINUIDAD****12. Idcc1 Auto descripción Superficialidad vs profundidad**

Quiero cambiar un poco las tornas de la entrevista aquí, y hacerle algunas preguntas sobre Vd. como persona, sobre su personalidad. Cuénteme acerca de Vd., ¿Cómo diría que es, como persona? Digamos que querría que yo tuviera sobre Vd. de la manera más rápida posible, en unos pocos minutos, una descripción completa – ¿cómo se describiría, de modo que yo pueda tener un retrato/instantánea completa acerca de Vd.?

NOTA: Si la respuesta inicial no se puntúa como 0, preguntar: ¿Hay algo más que me pueda decir acerca de sus características, acerca de su esencia como persona?

Si la respuesta provee una lista de adjetivos, exponer: “Vd. ha utilizado varias adjetivos para describirse: me pregunto si podría completar un poco esa descripción, igual con algún tipo de historia que ilustre esas características...”. Tratar de pedir dos ejemplos

Si la respuesta provee una descripción superficial, preguntar acerca de uno o más de esos adjetivos, a ver si pueden ser descritos con mayor detalle

0= Se describe con sutileza, profundidad y autoconciencia: es sencillo para la persona describir múltiples y variadas cualidades; hay una cualidad de narrativa en su exposición.

1= De algún modo su descripción es superficial: hay cierta pobreza, tiende a expresar una lista de adjetivos con poca elaboración y/o cualidad narrativa.

2= Descripción superficial de sí mismo: muy poca sutileza o profundidad; pobreza cualitativa; lista de adjetivos sin elaborar; poca o ninguna cualidad narrativa.

**13. Idcc2****Auto descripción****Ambivalencia**

Dígame cual es su cualidad más y menos admirable. Puede ser alguna de las identificadas en la pregunta anterior. Quizás poner un ejemplo de cada una de ellas puede ayudar para la pregunta.

NOTA: Si el entrevistado no puede hablar con claridad/profundidad acerca de la primera cualidad negativa expresada, preguntar por una segunda. Si tampoco puede hablar con claridad sobre una segunda cualidad negativa, puntuar como 2. Hacer lo mismo con las cualidades positivas.

0= Puede proveer descripciones realistas y elaboradas tanto de cualidades positivas como negativas de sí mismo; poca o ninguna sensación de estar a la defensiva o protegiéndose; parece cómodo discutiendo tanto sobre lo positivo como lo negativo.

1= Tiene dificultades para verse con un objeto total: puede ser capaz de discutir tanto cualidades positivas como negativas, pero las descripciones carecen de profundidad; puede tener muchas más dificultades describiendo uno de los dos polos (positivo o negativo); las respuestas pueden ser defensivas, o mostrar incomodidad al hablar de alguno de los polos (positivo o negativo).

2= No tiene capacidad de verse como un objeto total: muchas dificultades para describir ya sea aspectos positivos o negativos de sí mismo; puede demostrar estar muy defendido a la hora de hablar de alguno de los polos (positivo o negativo)

<b>14. Idcc3</b>	<b>Auto descripción</b>	<b>Función reflexiva</b>
------------------	-------------------------	--------------------------

Para cada una de las cualidades identificadas en la pregunta 13:

“Por qué cree Vd. que es \_\_\_\_\_? ¿Qué teoría tiene acerca del porqué de ser así?  
¿Cómo cree Vd. que llegó a ser alguien que es \_\_\_\_\_?”

NOTA: Si el entrevistado responde de modo literal o reduccionista, ej: “no lo sé, imagino porque mi padre es de este modo”, preguntar “Me pregunto cómo es que Vd. llegó a ser como su padre, como esa cualidad llegó a ser parte de Vd”

0= Tiene la capacidad de articular una teoría acerca de su personalidad y su mundo interno: puede elaborar hipótesis que unan su historia personal a su personalidad actual; puede sugerir causas bien razonadas para tendencias y disposiciones actuales; articula teorías que parecen plausibles y realistas

1= Tiene alguna capacidad autorreflexiva: esta capacidad, sin embargo, puede ser algo deficitaria en sutileza o profundidad; las teorías que articula pueden resultar poco plausibles o realistas; las teorías pueden caracterizarse por la externalización.

2= Poca o nula capacidad de autorreflexión: la reflexión se caracteriza sobre todo por la externalización y el reduccionismo (ej. me siento triste porque mis padres fueron terribles conmigo” o “estoy deprimido porque es mi genética”)

**15. Idcc4****Self****Consistencia a lo largo del tiempo**

Si Vd. mira atrás a lo largo de los últimos 5 años, ¿diría que tiene un sentido de sí mismo constante a lo largo de este tiempo, o le da la sensación de que fueran diferentes sí mismos que han ocupado su vida?

Cuando Vd. mira atrás en el tiempo, a como era ayer, o hace una semana, ¿tiene la sensación de que es la misma persona, o diferente?

**OPCIONAL:**

Cuando Vd. mira atrás hacia acontecimientos que le hayan ocurrido en el pasado reciente, ¿siente que es más o menos la persona a quien le ocurrió eso?

¿Tiene la sensación de que, en su vida, el paso del tiempo, o la sucesión de acontecimientos vitales es como un flujo constante, o de que hayan sido acontecimientos disgregados o inconexos? Si es así, ¿podría poner un ejemplo?

0=Hay continuidad del sentido de sí mismo a lo largo del tiempo: la misma persona, cambiada por la experiencia.

1= De algún modo tiene un sentido discontinuo de sí mismo: hay alguna capacidad, sin embargo, de verse de un modo continuo, trabajando hacia obtener una coherencia vital.

2= Poco o ningún sentido de continuidad en el sentido de sí mismo a lo largo del tiempo: elaborado con claros ejemplos de discontinuidad.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

## 16. Idcc5      Self      Gustos/opiniones

¿Se ve a sí mismo como alguien que tiene unos sentimientos u opiniones definitivos acerca de las cosas, por ejemplo, ideas políticas o morales, u otras?

¿Diría que espera a ver que otras opiniones mantiene la gente, y que tiende a tomar esas opiniones como propias, o más bien que es bastante claro con sus propias opiniones?

NOTA: Si tiende a tomar opiniones de otro, poner un ejemplo.

Qué me dice de sus gustos y preferencias, por ej. ¿Si está pidiendo comida en un restaurante, suele tenerlo bastante claro, o es más bien de dejarse pedir por otros?

Qué me dice de la ropa: ¿cuando va a comprar tiene una ideas más o menos clara de su estilo, de las cosas que le gusta llevar?

¿Siente que sus gustos, preferencias u opiniones cambian de manera significativa de un día para otro, o de una semana para otra?

0= Tiene un sentido fuerte de sus propios gustos/opiniones; tiene sus propias opiniones, pero está abierto a influencias externas.

1= Cierta inestabilidad o falta de autenticidad en sus gustos, preferencias y opiniones: puede dar al menos algunos ejemplos en los cual los gustos/opiniones de otros son tomados como propios.

2= Tiene un sentido inestable y falso sobre sus gustos y preferencias: poco o ningún sentido de sus propias preferencias u opiniones; los gustos pueden cambiar con frecuencia, puede que según las modas sociales, tomando con frecuencia gustos de otros.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

**17. Idcc6****Self****Sentido consistente de sí mismo en el****presente**

¿Diría que se presenta de un modo diferente a sus diferentes amigos, de modo que cada uno de ellos se lleva una impresión diferente de Vd.?

NOTA: Si es necesario, clarificar que no explora cambios en el comportamiento según los diferentes lugares, sino un sentido de ser diferente con cada uno.

¿Diría que se siente diferente acerca de quién es Vd., como persona, dependiendo de las diferentes situaciones o personas con las que está?

¿Diría que se presenta a la misma persona de modos muy diferentes en diferentes momentos?

NOTA: Si es que sí, explorar: ¿Le reconocen como la misma persona, o se sienten confusos? ¿Puede poner un ejemplo?

0= Tiene un sentido consistente de sí mismo a lo largo de las diferentes situaciones.

1= Sentido de sí mismo algo inconsistente, varía en las diferentes situaciones.

2= Hay cambios muy marcados en el sentido de sí mismo, según la situación, de una manera más globalmente inestable que si puntuamos 1.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.



**18. Idcc7****Self****Tiempo en soledad**

Disfruta pasando tiempo solo – ¿diría que le hace sentir libre y relajado estar solo, o tiende a ponerse ansioso, o a confundirse acerca de quién es Vd.?

¿Diría que estar solo le dificulta el conservar un sentido de sí mismo y quien es como persona?

NOTA: Si sí, pedirle que explique un poco lo quiere decir, poner un ejemplo.

OPCIONAL:

¿Alguna vez hace planes con gente con la que no necesariamente quiere estar, solo para evitar estar solo?

0= Muy poca o ninguna ansiedad/incomodidad en estar solo; no hay una pérdida del sentido de sí mismo.

1= Algo de ansiedad o incomodidad asociada a estar solo: hay una evitación leve a estar solo.

2= Estar solo le produce una gran ansiedad o incomodidad: evita estar solo de forma activa.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

**19. Idcc8****Self****En las relaciones íntimas**

En el transcurso de una relación íntima (ej. su matrimonio), o cuando está empezando en una relación de este tipo, ¿tiende a “perderse”, a perder el sentido de sí mismo y de lo que es importante para Vd. en la relación?

NOTA: si contesta que sí, explorar poniendo de ejemplo una relación reciente.

En el transcurso de una relación íntima (matrimonio), ¿le es difícil mantener un sentimiento claro acerca de sus propios intereses, gustos, actitudes y opiniones?

¿Tiende a incorporar los de su compañero?

NOTA: si contesta que sí explorar si siente que tiene que ver con ser flexible, o adaptarse a su compañero, o es más bien que pierde sus propios intereses, gustos y sentido de sí mismo

0= No existe una pérdida o merma del sentido de sí mismo en el contexto de una relación íntima.

1= Hay alguna sensación de que su self se ve comprometido o se pierde el contexto de las relaciones íntimas; su sentido del self en las relaciones íntimas no es completamente seguro.

2= Hay una pérdida severa y/o significativa del sentido del self en las relaciones íntimas; ej. “no me da miedo perderme porque no tengo un sentido claro de quién soy”

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

9= La respuesta se salta porque no ha existido ninguna relación íntima significativa en los últimos 5 años.

## 20. Idcc9

## Self

## Auto estima

¿Depende en gran medida su autoestima de cómo le ven los demás, o diría que su autoestima procede de sí mismo?

NOTA: Si sí, explorar: “¿puede describirme como su autoestima cambia en respuesta a las influencias externas, quizás con un ejemplo?”

Se compara mucho con los demás?

NOTA:

Si sí, preguntar: “¿Diría que su autoestima cambia mucho en relación a como se compara con los demás?” “¿Puede describirme esto con un ejemplo?”

Explorar en ambas: cuan típicos, graves y duraderos son estos cambios de autoestima en función de los demás.

¿Diría que tiene bastantes cambios de autoestima, o que es bastante estable?

NOTA: Si responde que es inestable:

“Describame los diferentes sentimientos entre los que alterna”

“¿Son esos cambios simplemente cambios de humor que duran poco tiempo, o el *feedback* externo afecta a su autoestima de una manera sostenida en el tiempo?”

0=Su autoestima es segura, procede del interior, es resiliente y estable: hay variaciones normales en la autoestima (puede sentirse inferior o intimidado cuando se le compara con alguien excepcional); se recupera rápidamente de reveses o fallas en su autoestima.

1= La autoestima es mayoritariamente segura y estable, pero vulnerable a fluctuaciones en respuesta a circunstancias y *feedback* externo.

2= Su autoestima es inestable e insegura; muy dependiente de influencias externas; muy inestable, o permanentemente negativa en base a una percepción de ser poco valorado por los demás.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

## C/ REPRESENTACIÓN DE LOS DEMÁS

¿Quién es la persona más importante en su vida, fuera de su familia de origen, sus hijos, y su terapeuta?

### 21. Idso 1      Otros      Descripción de los otros significativos: superficialidad vs profundidad

Hábleme sobre \_\_\_\_\_, ¿cómo es? Digamos que querría darme a conocer a \_\_\_\_\_ en unos pocos minutos, lo más rápido posible, ¿cómo me lo describiría, de modo que pueda tener un buen retrato de cómo es?

NOTA: Si la respuesta inicial no se puntúa como 0, preguntar: ¿Hay algo más que me pueda decir acerca de las características de \_\_\_\_\_, acerca de su esencia como persona?

Si la respuesta provee una lista de adjetivos, exponer: “Vd. ha utilizado varias adjetivos para describir a \_\_\_\_\_: me pregunto si podría completar un poco esa descripción, igual con algún tipo de historia que ilustre esas características...”.

Tratar de pedir dos ejemplos

Si la respuesta provee una descripción superficial, preguntar acerca de uno o más de esos adjetivos, a ver si pueden ser descritos con mayor detalle.

0= Describe a otro con sutileza, profundidad y autoconciencia: es sencillo para la persona describir múltiples y variadas cualidades; hay una cualidad de narrativa en su exposición.

1= De algún modo su descripción del otro es superficial: hay cierta pobreza, tiende a expresar una lista de adjetivos con poca elaboración y/o cualidad narrativa; puede ser una descripción con cualidad narcisista o autorreferencial (“tenemos mucho en común, somos muy similares”)

2= Descripción superficial de sí mismo: muy poca sutileza o profundidad; pobreza cualitativa; lista de adjetivos sin elaborar; poca o ninguna cualidad narrativa; descripción altamente narcisista o autorreferencial

<b>22. Idso 2</b>	<b>Otros</b>	<b>Descripción de los otros</b>
<b>significativos: ambivalencia</b>		

Dígame cual es la cualidad más y menos admirable de \_\_\_\_\_. Puede ser alguna de las identificadas en la pregunta anterior. Quizás poner un ejemplo, o contar una historia sobre cada una de ellas puede ayudar para la pregunta.

NOTA: Si el entrevistado no puede hablar con claridad/profundidad acerca de la primera cualidad negativa expresada, preguntar por una segunda. Si tampoco puede hablar con claridad sobre una segunda cualidad negativa, puntuar como 2. Hacer lo mismo con las cualidades positivas.

0= Puede proveer descripciones realistas y elaboradas tanto de cualidades positivas como negativas del otro; poca o ninguna sensación de estar a la defensiva o protegiéndose; parece cómodo discutiendo tanto sobre lo positivo como lo negativo.

1= Tiene dificultades para ver al otro como un objeto total: puede ser capaz de discutir tanto cualidades positivas como negativas, pero las descripciones carecen de profundidad; puede tener muchas más dificultades describiendo uno de los dos polos (positivo o negativo); las respuestas pueden ser defensivas, o mostrar incomodidad al hablar de alguno de los polos (positivo o negativo).

2= No tiene capacidad de ver al otro como un objeto total: muchas dificultades para describir ya sea aspectos positivos o negativos del otro; puede demostrar estar muy defendido a la hora de hablar de alguno de los polos (positivo o negativo)

**23. Idso 3****Otros****Descripción de otros significativos:****Función reflexiva**

Para cada una de las cualidades identificadas en la pregunta 22:

“Por qué cree Vd. que \_\_\_\_\_ es \_\_\_\_\_? ¿Qué teoría tiene acerca del porqué \_\_\_\_\_ es así?

¿Cómo cree Vd. que \_\_\_\_\_ llegó a ser alguien que es \_\_\_\_\_?”

NOTA: Si el entrevistado responde de modo literal o reduccionista, ej. “no lo sé, imagino porque su padre es de este modo”, preguntar “Me pregunto cómo es que \_\_\_\_\_ llegó a ser como su padre, como esa cualidad llegó a ser parte de él”

0= Tiene la capacidad de articular una teoría acerca de la personalidad y el mundo interno de otro: puede elaborar hipótesis que unan la historia personal a la personalidad actual del individuo; puede sugerir causas bien razonadas para tendencias y disposiciones actuales; articula teorías que parecen plausibles y realistas

1= Tiene alguna capacidad autorreflexiva sobre la vida interna del otro: esta capacidad, sin embargo, puede ser algo deficitaria en sutileza o profundidad; las teorías que articula pueden resultar poco plausibles o realistas; las teorías pueden caracterizarse por la externalización.

2= Poca o nula capacidad de autorreflexión sobre la vida interna del otro: la reflexión se caracteriza sobre todo por la externalización y el reduccionismo (ej: “está triste porque sus padres fueron terribles con él” o “está deprimido porque es su genética”)

**24. Idso4****Otros****Capacidad para evaluar a otros**

¿Le resulta confuso/difícil tratar de identificar que están pensando o sintiendo otras personas?

¿Es capaz de interpretar bien a otras personas? ¿Es capaz de entender bien qué piensan o sienten otras personas en función de su conducta, o de la manera en que actúan?

¿Siente que malinterpreta a los demás? ¿Siente que malinterpreta las emociones de los demás, o que las cosas que Vd. piensa serían justo las cosas a decir para acabar hiriendo u ofendiendo a otros?

NOTA: Si contesta que Sí, explorar:

¿Se le ocurre algún ejemplo en particular?

¿Es esto algo que le pasa de un modo general, en la mayoría de situaciones y/o con la mayoría de la gente; o se limita a personas específicas (padres, amigos...)

NOTA: Esta cuestión no evalúa como la persona percibe los sentimientos de los otros hacia él, eso en pregunta 25.

0= Refiere ser consistentemente capaz de identificar los sentimientos de los demás de sus actos; normalmente no malinterpreta lo que los demás están sintiendo.

1= Hay alguna dificultad para interpretar los sentimientos de los demás: puede referir ser capaz de “leer” bien a unas personas pero no a otras, o quizás a algunas personas en determinadas ocasiones pero no en otras; ej: puede ser capaz con amigos, colegas y compañeros, pero tiene dificultades con otros en el contexto de relaciones románticas.

2= Hay dificultades significativas/severas para obtener una “lectura” acertada de lo que la gente siente, en la mayoría de relaciones y áreas de relación: hay una incapacidad para identificar lo que otro está sintiendo a través de cómo actúa.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

**25. Idso5****Otros****Juicios de los otros**

¿Se siente inseguro acerca de cómo los demás le ven?

¿Es difícil para Vd. inferir que piensan los demás sobre Vd., qué cualidad suya aprecian o les desagrada?

¿Tiene la experiencia de sorprenderse al descubrir que sienten realmente otros hacia Vd.?

NOTA: Si la respuesta es sí, preguntar:

¿Podría ponerme un ejemplo particular?

¿Tiene esta sensación de incertidumbre acerca de cómo le ven los demás incluso con gente muy cercana?

¿Es esto una fuente de dificultades para Vd., le genera excesiva ansiedad o preocupación?

0= Juzga la manera como otros le perciben o sienten de un modo adecuado, la mayor parte del tiempo: hay ninguna o poca preocupación acerca de que las opiniones de los demás sobre él cambien rápidamente.

1= Tiene alguna dificultad para evaluar como los demás le ven: percibe de manera adecuada la percepción de los demás hacia él en algunas relaciones, pero no en todas; tiene preocupaciones por cómo las opiniones de los demás sobre él puedan cambiar rápidamente

2= Hay una dificultad persistente y severa para estimar como lo ven los demás: hay una preocupación constante acerca de que las opiniones de los demás hacia él puedan cambiar de un modo rápido e imprevisible.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.



**26. Idso6****Otros****Juicio de realidad social**

¿Encuentra que las respuestas de los demás hacia Vd. le sorprenden? X ej., ¿tiene la experiencia de que la gente se enfade o moleste con Vd. sin que Vd. sepa el motivo?

¿Le ha ocurrido que sus amigos, después de que esto ocurra, le han dicho que ha sido Vd. quien, de algún modo, causó incomodidad o bochorno a las otras personas, o que Vd. les ofendió, sin haber sido consciente de ello?

0= Es muy infrecuente que interprete mal las señales sociales

1= Hay cierta malinterpretación de las señales sociales

2= Hay una malinterpretación frecuente de las señales sociales: puede que la malinterpretación no sea muy frecuente, pero cuando ocurre tiene consecuencias significativas (*pérdida de empleo, rupturas personales,...*)

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

### Descripción familia de origen

Hábleme acerca de la familia en que creció; ¿qué miembros tenía? ¿Viven?

¿Puede elegir a una persona de su familia que haya jugado un papel muy importante con respecto a su desarrollo personal?

NOTA: Si el entrevistado tiene dificultades para identificar a alguien, preguntarle si puede pensar en alguien que haya jugado un papel importante en su desarrollo temprano, no necesariamente un pariente directo (*profesor, educador, vecino,...*)

#### **27. Idso7      Otros      Descripción familia de origen: superficialidad vs profundidad**

Hábleme sobre \_\_\_\_\_, ¿cómo es? Digamos que querría darme a conocer a \_\_\_\_\_ en unos pocos minutos, lo más rápido posible, ¿cómo me lo describiría, de modo que pueda tener un buen retrato de cómo es?

NOTA: Si la respuesta inicial no se puntúa como 0, preguntar: ¿Hay algo más que me pueda decir acerca de las características de \_\_\_\_\_, acerca de su esencia como persona?

Si el entrevistado provee una lista de adjetivos, exponer: “Vd. ha utilizado varias adjetivos para describir a \_\_\_\_\_: me pregunto si podría completar un poco esa descripción, igual con algún tipo de historia que ilustre esas características...”. Tratar de pedir dos ejemplos

Tratar de pedir dos ejemplos

Si la respuesta provee una descripción superficial, preguntar acerca de uno o más de esos adjetivos, a ver si pueden ser descritos con mayor detalle.

0= Describe a otro con sutileza, profundidad y autoconciencia: es sencillo para la persona describir múltiples y variadas cualidades; hay una cualidad de narrativa en su exposición.

1= De algún modo su descripción del otro es superficial: hay cierta pobreza, tiende a expresar una lista de adjetivos con poca elaboración y/o cualidad narrativa; puede ser una descripción con cualidad narcisista o autorreferencial (“tenemos mucho en común, somos muy similares”)

2= Descripción superficial de sí mismo: muy poca sutileza o profundidad; pobreza cualitativa; lista de adjetivos sin elaborar; poca o ninguna cualidad narrativa; descripción altamente narcisista o autorreferencial.

**28. Idso8****Otros****Descripción familia de origen: ambivalencia**

Dígame cual es la cualidad más y menos admirable de \_\_\_\_\_. Puede ser alguna de las identificadas en la pregunta anterior. Quizás poner un ejemplo, o contar una historia sobre cada una de ellas puede ayudar para la pregunta.

NOTA: Si el entrevistado no puede hablar con claridad/profundidad acerca de la primera cualidad negativa expresada, preguntar por una segunda. Si tampoco puede hablar con claridad sobre una segunda cualidad negativa, puntuar como 2. Hacer lo mismo con las cualidades positivas.

0= Puede proveer descripciones realistas y elaboradas tanto de cualidades positivas como negativas del otro; poca o ninguna sensación de estar a la defensiva o protegiéndose; parece cómodo discutiendo tanto sobre lo positivo como lo negativo.

1= Tiene dificultades para ver al otro como un objeto total: puede ser capaz de discutir tanto cualidades positivas como negativas, pero las descripciones carecen de profundidad; puede tener muchas más dificultades describiendo uno de los dos polos (positivo o negativo); las respuestas pueden ser defensivas, o mostrar incomodidad al hablar de alguno de los polos (positivo o negativo).

2= No tiene capacidad de ver al otro como un objeto total: muchas dificultades para describir ya sea aspectos positivos o negativos del otro; puede demostrar estar muy defendido a la hora de hablar de alguno de los polos (positivo o negativo)

---

**29. Idso9      Otros      Descripción familia de origen: Función reflexiva**

Para cada una de las cualidades identificadas en la pregunta 28:

“¿Por qué cree Vd. que \_\_\_\_\_ es \_\_\_\_\_? ¿Qué teoría tiene acerca del porqué \_\_\_\_\_ es así?

¿Cómo cree Vd. que \_\_\_\_\_ llegó a ser alguien que es \_\_\_\_\_?”

NOTA: Si el entrevistado responde de modo literal o reduccionista, ej. “no lo sé, imagino porque su padre es de este modo”, preguntar “Me pregunto cómo es que \_\_\_\_\_ llegó a ser como su padre, como esa cualidad llegó a ser parte de él”

0= Tiene la capacidad de articular una teoría acerca de la personalidad y el mundo interno de otro: puede elaborar hipótesis que unan la historia personal a la personalidad actual del individuo; puede sugerir causas bien razonadas para tendencias y disposiciones actuales; articula teorías que parecen plausibles y realistas

1= Tiene alguna capacidad autorreflexiva sobre la vida interna del otro: esta capacidad, sin embargo, puede ser algo deficitaria en sutileza o profundidad; las teorías que articula pueden resultar poco plausibles o realistas; las teorías pueden caracterizarse por la externalización.

2= Poca o nula capacidad de autorreflexión sobre la vida interna del otro: la reflexión se caracteriza sobre todo por la externalización y el reduccionismo (ej: “está triste porque sus padres fueron terribles con él” o “está deprimido porque es su genética”)

## SECCIÓN 2: RELACIONES OBJETALES

### a) RELACIONES INTERPERSONALES

**30. Obrel1**

**Relaciones interpersonales**

**Amigos cercanos**

¿Tiene amigos cercanos?

NOTA: Esta pregunta evalúa la presencia de amigos, excluyendo cónyuges, novios/as, hermanos e hijos.

Si la respuesta es sí, preguntar: ¿Puede hablarme de dos de sus mejores amigos, acerca de su relación?

Explorar para cada uno de los amigos: duración de la relación, modo y frecuencia del contacto (en persona, por teléfono), y consistencia del contacto a lo largo del tiempo.

0= Al menos dos amigos cercanos, caracterizados por un contacto duradero y regular a lo largo de los últimos 5 años.

1= No más de 1 amigo cercano, o hay varios amigos pero que carecen de una descripción adecuada según los criterios anteriores (duración, contacto, consistencia)

2= Ninguna relación de amistad cumple con los criterios señalados de duración, frecuencia y consistencia del contacto.

**31. Obrel2****Relaciones interpersonales****Profundidad de las****relaciones de amistad cercanas**

Para cada una de las relaciones identificadas en la cuestión 30:

Dígame acerca de su relación de amistad; ¿que comparte con él/ella que hace que sea una amistad?

¿Comparte los detalles más íntimos de su vida, sus éxitos y alegrías, así como sus dificultades, miedos y decepciones con \_\_\_\_\_?

¿Comparte \_\_\_\_\_ con Vd. los detalles íntimos de su vida, sus altibajos y sus sentimientos?

NOTA: Si la respuesta es sí a las dos preguntas anteriores, pedir un ejemplo de algo personal recientemente compartido con algún amigo cercano

0= Hay una clara capacidad para establecer relaciones de amistad profundas: capaz de compartir detalles íntimos de su vida con sus amigos cercanos; la intimidad es recíproca.

1= Es capaz de establecer relaciones de amistad, pero con limitaciones en cuanto a su profundidad e intimidad: tiene dificultades para hacer revelaciones íntimas; puede reportar relaciones no recíprocas en lo relativo al compromiso y la sinceridad; puede que de unas respuestas superficiales a las preguntas hechas.

2= Hay limitaciones severas en cuanto a la intimidad/profundidad de sus relaciones: no hay ninguna relación en la que se refiera una sinceridad e intimidad recíprocas.

9= Se salta la pregunta – no identifica ninguna amistad cercana en la pregunta 30.

**32. Objeto 3****Relaciones interpersonales****Problemas/inestabilidad**

¿Son sus amistades, en línea general, proclives a conflictos, peleas, discusiones, u otros tipos de inestabilidad?

¿Hay otros tipos de dificultades que Vd. experimenta en sus amistades? (decepciones crónicas y muy significativas, secretos, manipulaciones, o engaños)

Si la respuesta es sí, explorar los tipos de problemas que la persona encuentra con sus amistades cercanas.

0= Los conflictos con sus amigos cercanos son infrecuentes y menores: no hay discusiones o peleas mayores; la amistad se recupera de los conflictos

1= Hay algunos conflictos con sus amigos íntimos: algunos periodos de discusiones, inestabilidad, o estrés; pero las relaciones son resilientes, siendo frecuente la reparación y la recuperación.

2= Tiene serios conflictos con sus amigos cercanos: de manera regular hay inestabilidad, discusiones y peleas; con la mayoría de estas relaciones; las relaciones normalmente no se recuperan de estos conflictos/inestabilidad.

9= La pregunta se salta - no hay relaciones de amistad cercanas identificadas en la pregunta 30.

**33. Obrel4****Relaciones interpersonales****Periodos de****indisponibilidad de los amigos**

¿Cómo hace frente a los periodos de tiempo en los que sus amigos no están disponibles para Vd. de la manera habitual? Por ejemplo, si un amigo íntimo se va de vacaciones largas, tiene un gran proyecto laboral, comienza una nueva relación de pareja, o por alguna otra razón no puede estar disponible como solía... ¿cómo lleva eso?

¿Cómo actúa y reacciona con su amigo bajo esas circunstancias?

¿Cambian sus sentimientos hacia su amigo bajo esas circunstancias, se vuelve enfadado y resentido?

¿Ocurren con frecuencia este tipo de problemas en sus relaciones?

0=Es resiliente a disminuciones temporales de la disponibilidad de sus amistades: puede verbalizar sentirse solo o echar de menos a su amigo, o una irritación leve, pero los sentimientos hacia esa persona son los mismos; no hay prácticamente cambios en los sentimientos o el comportamiento hacia ese amigo; el entrevistado no se torna enfadado o resentido.

1= De alguna manera es vulnerable a las disminuciones temporales de la disponibilidad de sus amistades: hay cambios en el comportamiento y/o los sentimientos hacia sus amistades; puede describir sentimientos de resentimiento y enfado hacia su amigo con el resultado de retirarse de la amistad; las amistades normalmente se mantienen durante este proceso de disminución de disponibilidad.

2= Hay una gran vulnerabilidad a las disminuciones temporales de la disponibilidad de sus amistades: hay marcados cambios en su conducta y sentimiento interno hacia el amigo; puede referirse a estas disminuciones de la disponibilidad de sus amistades como un estresor relativamente constante; es frecuente que sienta rabia, resentimiento, un aislamiento compensatorio o hasta paranoia; la amistad puede acabarse como resultado de este proceso; hay una reacción severa y/o constante.

9= La pregunta se salta – no hay amistades cercanas identificadas en la pregunta 30.



**34. Obrel5****Relaciones interpersonales****Estabilidad temporal**

¿Siente que tiende a perder y retomar el contacto con sus amigos?

¿Siente que llega a estar realmente cercano a alguien pero luego ellos salen de su vida?

Si le preguntara por sus mejores amigos hace 5 años, 2 años, y hoy, ¿la lista sería más o menos la misma o diferente?

0=La mayoría de sus amistades son duraderas: tiene un contacto regular y consistente con sus amigos íntimos

1= Algunas amistades son duraderas: tiene tendencia o a perder amistades, o a que sus amigos entren y salgan de su vida.

2= Muy pocas, acaso ninguna, amistad que haya durado a lo largo del tiempo: tiene un patrón significativo de empezar y abandonar amistades; no identifica amistades

9= Se salta la cuestión – no hay amistades cercanas identificadas en la pregunta 30.

## B) RELACIONES ÍNTIMAS Y SEXUALIDAD

¿Ha estado metido en alguna relación romántica en los últimos 5 años?

(Explorar el número de relaciones, y la duración de cada una)

De las relaciones que me ha descrito, ¿Cuál cree Vd. que es/fue la más significativa?

NOTA: Coger esta como el foco de las preguntas 35, 36 y 37.

Hábleme de la relación con \_\_\_\_\_, y por qué fue significativa para Vd.

Explorar:

¿Cuánto tiempo pasaron juntos? ¿Con qué frecuencia se veían?

¿Es/era una relación cerrada?

¿Se consideraban una pareja? ¿Los demás los consideraban una pareja?

¿Es/era una relación que incluía relaciones sexuales?

¿Amaba Vd. a \_\_\_\_\_? ¿Le amaba \_\_\_\_\_ a Vd.

Si la respuesta es NO, preguntar si ha amado alguna vez a alguien.

Si la relación se ha acabado, explorar la causa de la terminación.

**35. Obint1****Relaciones íntimas****Intimidad/dependencia**

¿Diría que su relación con \_\_\_\_\_ se caracteriza por su intimidad y confianza?

NOTA: Si el entrevistado se centra en gran medida en intimidad sexual, redirigirle preguntando si le era difícil mantener una cercanía emocional en la relación.

¿Puede depender de esta persona?

¿Puede permitir que esta persona dependa de Vd.?

Si la respuesta es sí, preguntar por de qué manera.

¿Implica esta relación confianza, franqueza, sinceridad, o diría que es Vd. cauteloso y precavido con su compañero, o que tiene miedo a abrirse?

¿Existen problemas serios en la relación, del tipo de engaño, manipulación, o decepción?

0= Dependencia, intimidad y sinceridad: hay un sentimiento fuerte de reciprocidad en estas dimensiones; hay una atmósfera general de confianza, colaboración y franqueza.

1=Hay un sentimiento de dependencia, intimidad y sinceridad, con fallos/matices: hay algún sentido de reciprocidad, que puede ser intermitente y/o superficial; la relación está limitada a términos de cuidado y apoyo y mutuo; a lo mejor es una relación pasional e intensa, pero conflictiva y tormentosa; relación a distancia, quizás duradera, pero de una cualidad idealizada o superficial.

2= Hay fallas muy grandes en lo relativo a la dependencia, intimidad y sinceridad de la relación; hay una usencia total de intimidad y sinceridad, o puede ser totalmente unilateral; muchos miedos a abrirse; falta de confianza severa.

9= La pregunta se salta – no ha habido relaciones románticas en los últimos 5 años.

**36. Obint2****Relaciones íntimas****Conflicto/inestabilidad**

¿Es su relación con \_\_\_\_\_ una relación inestable, llena de conflictos y problemas?

Si la respuesta es sí, preguntar: ¿les dificultan estos conflictos el experimentar sentimientos de amabilidad y cariño?

0= Ausencia de conflictos o inestabilidad importantes: los desacuerdos y las discusiones son toleradas y manejadas sin inestabilidad física o verbal.

1= Hay cierto conflicto e inestabilidad, pero no socava lo que es bueno en la relación.

2= Hay un conflicto e inestabilidad significativos: existe abuso emocional, verbal o físico; lo que existe de bueno en la relación se ve socavado por la agresión.

9= La pregunta se salta – no ha habido relaciones románticas en los últimos 5 años.

**37. Obint3****Relaciones íntimas****Capacidad para invertir****(libidinalmente)**

0= Un compromiso significativo en al menos una relación romántica de una duración sustancial: la relación suena realista y significativa a nivel personal; puede haber defectos, pero claramente muestra capacidad de compromiso en las relaciones que conlleva intimidad emocional y sexual, y dependencia.

1= Hay algún compromiso en al menos una relación romántica de una duración sustancial; pero está limitado, sin embargo, por la duración y la cualidad del compromiso y de la intimidad.

2= Hay una importante disfunción en las relaciones íntimas: las relaciones pueden ser extremadamente breves en su duración; muy superficiales; o no tener ningún tipo de relación romántica.

**38. Obint4****Relaciones íntimas****Cubrimiento de necesidades**

¿Tiende Vd. a pensar en sus relaciones íntimas en términos de intercambio, es decir, “hago esto por ti, si tú haces esto otro por mí”? ¿Es este tipo de pensamiento típico de sus relaciones íntimas?

¿Suele descubrirse “llevando las cuentas”, pensando sobre cuántas veces su compañero hizo esto o lo otro, o pensando a quien lo toca hacer esto o lo otro?

¿Se pregunta alguna vez si se están aprovechando de Vd.?

Si la respuesta es sí, explorar:

¿Puede describirme cómo este tipo de pensamiento le sucede durante una relación íntima?

¿Se siente a veces con resentimiento por llevarse la peor parte en su relación íntima?

¿Le ocurre de vez en cuando, o frecuentemente?

OPCIONAL: ¿Es importante para Vd. que las cosas sean iguales en sus relaciones íntimas, o a lo mejor que Vd. sea quien más saque de la relación?

0=No refiere preocuparse por quién está dando o recibiendo más en la relación: no tiene historia de relaciones íntimas con características explotadoras

1= Hay alguna preocupación acerca de quién está dando o recibiendo más en la relación: alguna vez se encuentra en relaciones en las cuales está predominante obteniendo o dando; tiene alguna experiencia de sentirse explotado o de explotar al compañero.

2= Hay una clara preocupación con estar obteniendo o dando más o menos que su compañero de relación: teme o acepta la explotación; se encuentra de manera constante en relaciones de cualidad explotadora

9= La pregunta se salta – no ha habido relaciones románticas en los últimos 5 años.

**39. Obint5****Relaciones íntimas****Aburrimiento**

SI NO ESTÁ CASADO:

Estoy interesado en cómo se acaban sus relaciones románticas: ¿quién suele iniciar la ruptura?

¿Siente que tiende a finalizar las relaciones porque pierde interés en sus compañeros a lo largo del tiempo, o que ellos se convierten en aburridos para Vd.?

Si la respuesta es SÍ, ¿le ocurre con frecuencia, en varias relaciones?

SI ESTÁ CASADO:

A lo largo de su matrimonio, ¿se ha convertido en aburrido, su esposo para Vd., ha perdido interés en él/ella a lo largo del tiempo?

¿Ha tenido aventuras o amantes?

Si la respuesta es SÍ, explorar: ¿Es una aventura estable, con un compañero, o tiende a tener una aventura con alguien durante un tiempo, y luego se cambia a otro?

Si se mueve de un compañero a otro, explorar: ¿Por qué cree que tiende a moverse de un compañero a otro, es quizás porque pierde el interés en su compañero con el tiempo?

0= Tiene la capacidad de mantener el interés en sus compañeros románticos a lo largo del tiempo

1= Tiene tendencia a aburrirse de sus compañeros a lo largo del tiempo: hay un patrón de pérdida de interés en las relaciones; es un patrón prevalente en alguna de las relaciones íntimas descritas

2= Hay un patrón persistente de terminar las relaciones románticas porque el compañero acaba resultándole aburrido.

9= La pregunta se salta – no ha habido relaciones románticas en los últimos 5 años.

**40. Obint6****Relaciones íntimas****Aspirar a algo mejor**

En sus relaciones íntimas, ¿suele preguntarse si podría aspirar a algo mejor, o fantasear sobre cómo sería estar con otra persona?

Si la respuesta es Sí, explorar:

¿Cuán extendidos son sus pensamientos acerca de encontrar un compañero mejor?

¿Le lleva este sentimiento a abandonar sus relaciones, o le dificulta disfrutar con su compañero?

0= No está preocupado con estar con otros compañeros de cualidad ideal.

1= Existe alguna preocupación con otros compañeros idealizados, está de algún modo preocupado por encontrar un compañero mejor.

2= Hay una preocupación muy significativa con aspirar a algo mejor, con otros compañeros idealizados.

9= La pregunta se salta – no ha habido relaciones románticas en los últimos 5 años.

**41. Obint7****Relaciones íntimas****Criticismo**

¿Diría que es Vd. muy crítico con las faltas o defectos/limitaciones de su compañero?

¿Tiene conversaciones consigo mismo, en las que expresa su enfado o sentimientos críticos?

¿Tiende a fantasear acerca de abandonar a su compañero debido a sus defectos/limitaciones?

¿Tiende a descubrirse expresando críticas a su compañero?

Si la respuesta es Sí:

Pedir ejemplos.

¿Siente que es tan crítico con las faltas de su compañero, que esto le dificulta experimentar sentimientos positivos/amorosos hacia él/ella?

NOTA: Si no está casado/en ninguna relación actual: ¿siente que este ha sido el caso con la mayoría de sus parejas?

0= No es excesivamente crítico con sus parejas: prácticamente, si acaso, no interfiere con su capacidad para experimentar sentimientos positivos/amorosos

1= Tiene tendencia a ser crítico e intolerante con los fallos de su pareja, y a verbalizarlo: esto es constante a lo largo de la historia relacional del entrevistado; produce cierta interferencia con su capacidad para tener sentimientos positivos/amorosos

2= Hay un patrón persistente de ser abiertamente crítico, demandante, decepcionarse o frustrarse con los fallos de sus parejas: puede referir que termina con las relaciones al percibir las limitaciones de sus parejas; hay una interferencia muy importante en su capacidad para tener sentimientos positivos hacia la pareja, hay un criticismo constante de su pareja.

9= La pregunta se salta – no ha habido relaciones románticas en los últimos 5 años



**42. Obint8****Relaciones íntimas****Actividad sexual**

¿Es Vd. sexualmente activo en la actualidad?

Si la respuesta es SÍ, preguntar con quién.

Si la respuesta es NO, preguntar por actividad sexual los últimos 5 años

**SI EL ENTREVISTADO NO ESTÁ CASADO:**

¿Ha tenido otros compañeros sexuales en los últimos 5 años?

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?

¿Han sido sus relaciones sexuales normalmente en el transcurso de relaciones de pareja?

¿Cuánto han durado estas relaciones?

¿Ha mantenido relaciones sexuales con más de un compañero al mismo tiempo – relaciones paralelas?

¿Está Vd. satisfecho la vida sexual de sus relaciones?

Si la respuesta es SÍ, explorar: ¿Qué quiere decir con satisfecho?

Si la respuesta es NO, explorar: ¿Qué quiere decir con insatisfecho?

**SI EL ENTREVISTADO ESTÁ CASADO:**

En los últimos 5 años, ¿con qué frecuencia ha tenido sexo con sus esposo/a?

¿Está satisfecho con la vida sexual dentro de su matrimonio?

Si la respuesta es SÍ, explorar: ¿Qué quiere decir con satisfecho?

Si la respuesta es NO, explorar: ¿Qué quiere decir con insatisfecho?

¿Ha tenido Vd. relaciones sexuales con alguien diferente a su esposo/a en los últimos 5 años?

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Cuántos compañeros sexuales diferentes a su esposo/a ha tenido?

¿Está satisfecho con la vida sexual en estas relaciones?

Si la respuesta es SÍ, explorar: ¿Qué quiere decir con satisfecho?

Si la respuesta es NO, explorar: ¿Qué quiere decir con insatisfecho?

0=Vida sexual saludable; es sexualmente activo; el sexo se da generalmente en el contexto de una relación íntima; refiere relaciones generalmente satisfactorias.

1= Hay una vida sexual algo dañada: vida sexual restringida, o normalmente fuera de la relación en curso; hay cierta insatisfacción con las relaciones sexuales.

2= Hay una problemática significativa en su vida sexual: no tiene vida sexual; no hay casi disfrute de las relaciones sexuales; está satisfecho, pero siempre con compañeros diferentes a su pareja habitual, en contactos de una noche; tiene sexo anónimo con múltiples compañeros.

9= La pregunta se salta – no ha habido relaciones románticas en los últimos 5 años.

#### 43. Obint9

#### Relaciones íntimas

#### Inhibición sexual

¿Diría Vd. que está inhibido a la hora de establecer o mantener relaciones sexuales?

¿Le avergüenza el sexo?

¿Le da miedo iniciar y dirigir la actividad sexual?

0= No hay evidencia de inhibición sexual; inicia y dirige relaciones sexuales

1= Hay cierta inhibición sexual: timidez y vergüenza a la hora de mantener relaciones sexuales incluso en el contexto de relaciones de larga duración que son seguras en otros aspectos; puede manifestar tener dificultades para dejarse llevar.

2= Inhibición sexual significativa y/o severa

9= La pregunta se salta – no ha habido relaciones románticas en los últimos 5 años.

**44. Obint10**  
**sexo****Relaciones íntimas****Placer sensual en el**

¿Disfruta de la experiencia sensual en la sexualidad?

¿Disfruta con 3as personas, o con Vd. mismo? (¿se masturba?)

¿Se siente cómodo experimentando placer sexual?

0= Disfruta la sensualidad del sexo, disfruta siendo tocado, siendo complacido por sí mismo o por terceros.

1= Hay cierta dificultad para experimentar placer sexual; se siente incómodo con la masturbación; puede disfrutar de la masturbación pero tener muy pocas o nulas relaciones sexuales; puede tener dificultades en dejar al compañero que le de placer.

2= Hay una incomodidad manifiesta con el placer sexual, ya sea auto o heteroprovocado; no tiene relaciones sexuales; no se masturba; puede manifestar que el sexo le disgusta.

NOTA: Alguien que no ha tenido relaciones sexuales en los últimos 5 años, no puede puntuar como 0.

**45. Obint11****Relaciones íntimas****Amor y sexo**

¿Encuentra difícil experimentar sentimientos de ternura mientras disfruta del sexo?

¿Con sus compañeros sexuales, puede experimentar a la vez sentimientos de ternura y pasión?

¿Le hace tener relaciones sexuales sentirse más cercano a su compañero?

0= Hay capacidad para combinar sentimientos de ternura y cariño con la experiencia sexual.

1= Hay alguna dificultad para combinar sentimientos de ternura y cariño con la experiencia sexual: no disfruta mucho el sexo con las parejas; puede manifestar cierta inhibición con las parejas, y menos con las relaciones esporádicas.

2= Hay grandes dificultades para combinar sentimientos de ternura y cariño con la experiencia sexual; refiere la ausencia de relaciones íntimas donde experimente sentimientos de ternura y cariño; no tiene ningún contacto sexual con sus parejas; solo disfruta del sexo en encuentros esporádicos.

9= La pregunta se salta – no ha habido relaciones románticas en los últimos 5 años.

### C) MODELO RELACIONAL INTERNO

Le voy a hacer ahora unas preguntas acerca de la manera en que Vd. se relaciona con otras personas, fuera de sus parejas o compañeros sexuales.

#### **46. Obiwmr1                      Preocupación por los demás**

Como suele manejarse cuando las personas cercanas a Vd. necesitan consuelo, o están pasando una mala racha emocional; ¿es ayudarles y consolarles algo que Vd. puede hacer fácil y cómodamente?

¿Recuerda la última vez en que alguien cercano se acercó para pedirle apoyo emocional?

Si la respuesta es Sí, explorar el ejemplo y la respuesta del entrevistado a esa demanda de apoyo.

¿Es habitual que la gente cercana a Vd. se queje de que no pueden contar siempre con Vd. para estar ahí, o que a veces Vd. no parece entender o estar interesado en lo que les está pasando?

¿Le genera incomodidad que otros digan claramente que le necesitan? Por ejemplo, si un amigo, o alguien de su familia, se pone enfermo y le pide que haga algo por él que no puede hacer en ese momento - ¿encuentra cuando esto sucede que a veces se impacienta, se irrita, o es duro con él?

0= No tiene dificultades en proveer de apoyo emocional o consuelo a otros.

1= Refiere alguna dificultad en proveer apoyo emocional o consuelo a otros.

2= Hay grandes dificultades para proveer apoyo emocional o consuelo a otros.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

#### **47. Obiwmr2                      Envidia**

¿Le es difícil para Vd. tolerar cuando alguien cercano a Vd. tiene éxito, o le van bien las cosas?

Cuando algo bueno le ocurre a alguien por quien Vd. se preocupa, no digo que no se alegre por él, pero internamente, ¿siente que su buena suerte le hace sentir a Vd. peor consigo mismo?

¿Se encuentra a veces con que desea, de manera secreta, que algunas personas cercanas a Vd. fracasen, aunque le haga sentir culpable luego, porque su éxito le resulta doloroso internamente?

Si la respuesta es Sí, preguntar: ¿Alguna vez hace activamente cosas que pueden interferir con el éxito de terceras personas cercanas, porque le dolería verles tener éxito?

EJEMPLO: Un buen amigo es ascendido cuando Vd. está luchando también por hacerlo, sin éxito; un buen amigo saca muy buenas notas sin estudiar mucho, mientras que Vd. las saca peores esforzándose.

Si la respuesta ha sido Sí antes, preguntar también:

¿Le viene a la cabeza algún ejemplo reciente de cómo el éxito de otro fue doloroso para Vd., de que Vd. deseara que alguien cercano fracasara para no sentirse mal consigo mismo?

¿Con qué frecuencia le pasa esto?

¿Le pasa con gente distinta, o solo con personas muy concretas?

0= No refiere sentimientos de envidia.

1= Refiere algunos sentimientos de envidia; la envidia se limita a la fantasía y nunca la actúa.

2= Hay una preocupación muy significativa con sentimientos de envidia; le puede llevar a esfuerzos activos para minar el éxito de otros; le pasa con frecuencia, a lo largo de diversas relaciones.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

**48. Obiwmr3****Sentimiento de privilegio/derecho**

¿Tiene la experiencia de sentir sorpresa o decepción cuando la gente no parece reconocer su valor o status, o le trata como uno más, más que con el respeto que merece?

¿Tiene la experiencia de sentir sorpresa o decepción cuando la gente que conoce no se preocupa/desvive para hacerle las cosas más fáciles o ocuparse de sus necesidades, cuando son capaces de hacerlo?

OPCIONAL: ¿Le molesta la gente que se ciñe a las normas o el protocolo, que no quieren ser flexibles si eso repercute en que le facilitan su vida?

Si la respuesta es SÍ, preguntar:

¿Puede darme un ejemplo reciente de un momento en que se sintió sorprendido, enfadado o decepcionado por lo que hemos hablado?

En ese ejemplo dado, ¿Cómo se sintió, y como respondió?

¿Siente con frecuencia que la gente no le trata con el respeto que merece?

¿Todo esto le ocurre con distinta gente, o se limita a personas en concreto?

0= Raramente siente que le faltan al respeto/que la gente no le trata como merece

1= Experimenta no ser respetado como merece: quizás se limita a unas pocas relaciones; los sentimientos no son intensos ni duraderos

2= Frecuentemente experimenta una falta de cortesía o respeto hacia él: este patrón se da en múltiples relaciones; responde con estupefacción, enfado y gran decepción; los sentimientos se mantienen a lo largo del tiempo.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

**49. Obiwmr4****Autonomía de los otros**

¿Diría que es Vd. la clase de persona que se pone nervioso o siente rencor cuando hay aspectos de la vida de una persona, de alguien importante para Vd., que no conoce, o de los que Vd. no forma parte?

¿Diría que es Vd. la clase de persona que se pone nervioso o siente rencor cuando la gente no le deja profundizar en sus vidas hasta el punto que Vd. querría o que Vd. cree que deberían?

EXPLORAR: Si Vd. tiene una pareja, un compañero de trabajo, o un amigo; y siente que hay un área importante en su vida de lo que Vd. está excluido, ¿le hace esto sentir angustia, incomodidad o hasta enfado?

Si las respuestas son SÍ, preguntar:

¿Puede darme un ejemplo de una relación en la que le haya pasado esto, y como ha respondido, qué hizo?

¿Diría que esto que comentamos le causa problemas con sus amigos?

0= No refiere ponerse nervioso o enfadado cuando es excluido de áreas vitales de sus amistades

1= Siente cierto nerviosismo y enfado cuando es excluido: puede referir conductas pasivo agresivas como respuesta a estas situaciones; se limita a alguna relación, no a todas.

2= Refiere tornarse nervioso y enfadado cuando es excluido con mucha frecuencia; esta respuesta se manifiesta a lo largo de múltiples relaciones y contextos.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.



**50. Obiwmr5****Cubrimiento de necesidades I**

Cuando está considerando iniciar una nueva relación de amistad con alguien, ¿qué factores tiene en cuenta?

¿Toma en consideración aspectos como cuán inteligente o creativa es la persona, qué amigos tiene, cuán atractivo físicamente es, o qué puede hacer por Vd.?

Si la respuesta es SÍ, preguntar: ¿Alguna vez busca amigos directamente con estas cualidades en la cabeza?

¿Diría que sus amistades pueden ser un buen modo de mejorar su status social?

¿Hay alguna persona que ha llegado a ser su amigo y que Vd. ha evitado porque le hacía perder status social?

Si la respuesta es SÍ, preguntar: ¿esto es porque temía que pudiera de algún modo destruir su posición, o porque sería visto como menos especial por estar con él?

0= Elige sus amistades no basándose en su valor o posición social, las cosas fluyen naturalmente.

1= Sus amistades están mediadas de algún modo por la percepción de que pueden aumentar su status social: puede referir que evita algunos contactos para que su posición social no se vea afectada; cree de algún modo que su propio valor fluctúa según el valor percibido de aquellos con quien se junta, y que su elección de amigos está mediada por esta consideración.

2= La elección de amistades se basa en gran medida a la percepción de cómo la relación va a influenciar en el status social del entrevistado

9= La pregunta se salta – no identifica amistades significativas.

**51. Obiwmr6****Cubrimiento de necesidades II**

¿Tiende a pensar en sus amistades en términos de un intercambio, es decir, “yo hago esto por ti, y entonces me lo debes, tú haces lo otro en contrapartida”

¿Suele descubrirse “llevando las cuentas”, pensando sobre cuántas veces su amigo hizo esto o lo otro, o pensando a quien lo toca hacer esto o lo otro?

¿Es importante para Vd. que las cosas sean en términos de igualdad con sus amistades, o a lo mejor que Vd. sea quien más saque de la relación?

Si la respuesta a alguna de ellas es SÍ, explorar:

¿Puede describirme cómo este tipo de pensamiento le sucede durante una relación de amistad?

¿Se siente a veces con resentimiento por llevarse la peor parte en su relación de amistad?

¿Le ocurre de vez en cuando, con algún amigo en particular, o frecuentemente, con varios amigos?

0= No está preocupado con quien está obteniendo o dando más en la relación de amistad

1= Alguna preocupación acerca de quién está obteniendo más de la relación de amistad

2= Hay una preocupación significativa acerca del factor intercambio en la relación de amistad: preocupado tanto por estar obteniendo más que sus amigos como por estar siendo explotado; actitud de explotar o ser explotado, puede ser muy incrédulo acerca de que se pueda mirar las relaciones de amistad desde otro punto de vista.

9= La pregunta se salta – no identifica amistades significativas.

### SECCIÓN 3: MECANISMOS DE DEFENSA PRIMITIVOS

#### 52. Pdef1

#### Paranoia

¿Se consideraría asimismo como alguien que es precavido acerca de lo que los demás saben sobre Vd.; se definiría como alguien reservado?

¿Es Vd. alguien que es desconfiado con otra gente, preocupado por sus intenciones, quizás temeroso de que si baja la guardia se podrían aprovechar de Vd., o hacerle daño?

Si las respuestas son SÍ, explorar:

¿Puede describirme las formas en las que tiende a ser cauto o reservado?

¿Diría que es porque tiene miedo de que la gente le manipule, o de que la información que Vd. revele pueda ser usada contra Vd.?

¿Es su cautela algo que está presente en la mayoría de sus relaciones, o diría que no es así, que hay relaciones en las que Vd. se muestra abierto y menos cauteloso?

0= Muy poco o ningún sentido de estar defendido/cauteloso de un modo inusual

1= Muestra alguna incomodidad con mostrarse abierto y sincero en sus relaciones: puede estar limitado a relaciones concretas; la motivación puede ser temor de ser juzgado, más que explotado.

2= Hay una desconfianza significativa en los otros: hay dificultades importantes en ser abierto y revelar información personal a otros; esto ocurre en la mayoría de sus relaciones; puede ser debido a que teme que la información que revele sea usada contra él. PUNTUAR 2 si hay una reserva/cautela muy importante, incluso si no revela temer que su información puntual pueda ser usada contra él.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

**53. Pdef2****Comportamiento errático**

¿Actúa Vd. de maneras que resultan a los demás impredecibles o erráticas?

¿Suele la gente decirle que se comporta de maneras contradictorias, o diría que la gente sabe más o menos qué esperar de Vd. en lo relativo a su conducta?

¿Es frecuente que la gente se sorprenda con su conducta?

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Podría darme un ejemplo de qué quiere decir con eso?

¿Es el ejemplo que ha puesto característico de Vd.?, o diría que suele ser menos errático y más consistente y estable con otra gente, o en otros contextos

0= No refiere dar la impresión a otros de ser impredecible o errático; no refiere que sea percibido por los demás como muy contradictorio en su conducta.

1= Tiene cierta sensación de que su conducta es percibida por los demás como impredecible o errática.

2= Tiene una sensación clara de que su conducta es percibida por los demás como impredecible o errática; le ocurre a lo largo de muchas situaciones y personas; tiene un comportamiento gravemente caótico.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

**54. Pdef3****Idealización/Devaluación I**

¿Diría que tiende a admirar a la gente, a ponerla en un pedestal?

¿Diría que hay personas que tiene idealizadas, a las que mantiene en una estima exageradamente alta?

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Se caen de vez en cuando de su pedestal?

¿Siente que en ocasiones se enfada o se decepciona con la gente cuando no son capaces de cumplir las expectativas que ha puesto en ella?

¿Diría que esto le pasa de manera habitual en sus relaciones – poner a alguien en un pedestal, o esperar mucho de ella, para luego sentirse decepcionado?

0= No hay evidencia de procesos de idealización/devaluación en las relaciones

1= Hay alguna tendencia a idealizar/devaluar a otros en las relaciones; puede ser limitado a algunas relaciones, o a momentos de estrés.

2= Hay una visión inestable de las relaciones; hay cambios impredecibles en cómo ve a los otros en base a procesos de idealización/devaluación; los cambios pueden ser frecuentes y muy extremos; puede ocurrir a lo largo de múltiples relaciones, independientemente del nivel de estrés que sufra en ese momento.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

**55. Pdef4****Idealización/devaluación II**

Acerca de gente que Vd. conoce bien, gente cercana, ¿Diría que sus sentimientos hacia ellos tienden a ser inestables?, quiero decir, ¿siente que es frecuente que cambien de un día para otro?

Como ejemplo, ¿diría que es como que Vd. se sintiera cercano y positivo hacia alguien un día, para tornarse distante, enfadado y negativo al día siguiente?

OPCIONAL: ¿Cambian frecuentemente sus sentimientos hacia la gente, tiene la experiencia de sentir a la misma persona de maneras muy diferentes en momentos diferentes?

Si la respuesta en alguna de ellas es SÍ, explorar:

¿Puede ponerme un ejemplo reciente de esto que estamos hablando?

¿Le ocurre con la mayoría de relaciones, o hay algunas donde no hay tantos altibajos?

¿Le ocurre solo algunos momentos, normalmente cuando está más estresado, o es un patrón general en sus relaciones?

0= No hay evidencia de procesos de idealización/devaluación en las relaciones

1= Hay alguna tendencia a idealizar/devaluar a otros en las relaciones; puede ser limitado a algunas relaciones, o a momentos de estrés.

2= Hay una visión inestable de las relaciones; hay cambios impredecibles en cómo ve a los otros en base a procesos de idealización/devaluación; los cambios pueden ser frecuentes y muy extremos; puede ocurrir a lo largo de múltiples relaciones, independientemente del nivel de estrés que sufra en ese momento.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

**56. Pdef5****Negación primitiva**

¿Tiende a negar o ignorar situaciones importantes de su vida que son dolorosas o le causan temor?

**EJEMPLOS:**

Un conflicto importante con un amigo cercano - ¿puede Vd. olvidarlo y no afrontarlo en unas semanas o incluso meses?

Un problema médico importante- ¿puede Vd. ignorar el que tiene que tratarse o seguir unos cuidados?

Dificultades financieras - ¿podría ignorar el problema no metiéndose en nuevos pagos porque no tiene dinero?

Con este tipo de problemas o similares, que son dolorosos y le generan temor, ¿diría que es ese tipo de persona que puede actuar como si no existieran estos problemas, y no afrontarlos?

Si la respuesta es Sí, explorar:

¿Podría ponerme un ejemplo reciente?

¿Diría que esta tendencia suya le ha generado problemas, por ejemplo, ha interferido con que cumpliera con plazos marcados, con que cumpliera con sus metas vitales, con que resolviera problemas médicos, o le ha causado algún problema legal?

0= No niega los problemas importantes; puede postergar o procrastinar con ciertos problemas, pero con mínimas consecuencias.

1= Tiene cierta tendencia a ignorar o postergar el manejo de realidades difíciles: esta tendencia no le ha impedido cumplir con sus plazos, no le ha exacerbado problemas médicos ni le ha generado mayores consecuencias en su vida.

2= Hay una evitación significativa y constante de realidades dolorosas: le ha generado consecuencias serias que implican tanto problemas físicos, como no cumplir con plazos impuestos, problemas legales u otras dificultades.

**57. Pdef6****Identificación proyectiva**

Todos tenemos momentos en nuestras vidas en los que se nos falta al respeto, nos menosprecian, o somos tratados mal por otras personas.

¿Es este tipo de tratamiento por parte de los demás algo que Vd. experimenta ocasional o frecuentemente?

¿Diría que es Vd. una persona sensible a los desprecios, o que es fácil que se sienta provocado por los demás?

Si la respuesta es SÍ, explorar: ¿Diría que le ocurre más que a la media de las personas?

Cuando se está sintiendo Vd. menospreciado u ofendido por alguien, ¿diría que tiende a retirarse, o es frecuente que se enfade y acabe provocando a esa persona?

¿Suele opinar la gente de Vd. que es provocador, o tiene Vd. conciencia de ser alguien provocador?

¿Ha encontrado Vd. necesario estar muy alerta hacia otras personas porque pudieran estar tratando de controlar o manipularle?

0= Es resiliente a faltas de respeto o consideración percibidas: puede que se enfade pero es capaz de dejarlo pasar; normalmente se retira de la situación; no suele responder con ira, y cuando lo hace, parece ser una respuesta adecuada a la situación vivida.

1= Es sensible a la falta de respeto o consideración, pero no refiere situaciones en las que haya tenido fuertes reacciones agresivas ya sea física o verbal; puede que esta sensibilidad se limite a unas pocas relaciones particularmente conflictivas.

2= Es vulnerable y sensible a las faltas de respeto o consideración: percibe estas faltas de respeto de manera frecuente y en circunstancias variables; responde incluso a las provocaciones más sutiles con hostilidad y agresividad francas, ya sea física o verbal; puede que estas respuestas agresivas se limiten a unas pocas relaciones; hay una patrón persistente de respuesta a las provocaciones en la mayoría de relaciones; puede verbalizar serias dificultades con la autoridad.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.



**58. Pdef7****Uso de la fantasía**

¿Tiende a fantasear, a soñar despierto? Por ejemplo, recreando fantasías que son buenas y placenteras, como tener mucho dinero, quedar con personas importantes, o convertirse en el jefe de su trabajo?

¿Diría que es Vd. la clase de persona que lee el mismo libro o ve la misma película una y otra vez?

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Podría ponerme un ejemplo de sus fantasías?

¿Pierde el sentido del tiempo pensando sobre estas cosas que le hacen sentir bien, o llega a interferir con su vida diaria su tendencia a fantasear?

¿Tiene conversaciones consigo mismo en las que imagina y recrea estas fantasías?

¿Tiende a retirarse a estas fantasías, libros o películas que le hacen disfrutar? Por ejemplo, cuando se está sintiendo particularmente ansioso, o tiene ganas de evitar algún asunto concreto de su vida, ¿toman estas fantasías la mayor parte de su tiempo?

0= Fantasea de forma mínima, sin pérdida de tiempo. No es una preocupación significativa.

1= Hay cierta fantasía elaborada; hay cierta sensación de que ocupa el lugar de la acción

2= Tiene una vida interna/fantástica elaborada, hay una preocupación importante y pasa un tiempo importante recreando fantasías de éxito y grandeza; esta fantasía ocupa el lugar de los actos; puede implicar pérdida de tiempo.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

**59. Pdef8****Somatización**

¿Tiende a ponerse físicamente enfermo cuando está estresado?

¿Tiende a desarrollar síntomas físicos cuando está estresado o se siente presionado, ya sea en sus relaciones, en su trabajo o en sus estudios?

Si la respuesta es NO, explorar: ¿es Vd. la clase de persona que siempre tiene problemas físicos, como dolores de estómago, o cefaleas, o insomnio?

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Qué clase de síntomas físicos suele experimentar?

¿Tiene la tendencia, bajo esas circunstancias, de aislarse de los demás y centrarse en su cuerpo y su funcionamiento?

¿Diría que esta tendencia suya a somatizar interfiere con su funcionamiento diario, o sus relaciones con sus otros significativos?

0= No desarrolla síntomas físicos en respuesta a situaciones de estrés; puede que desarrolle síntomas menores y transitorios; poca o nula interferencia con su funcionamiento diario

1= Desarrolla síntomas físicos en respuesta a estrés con cierta regularidad, le causa cierta interferencia con su funcionamiento diario o sus relaciones.

2= Hay una tendencia significativa a desarrollar síntomas físicos de moderados a graves en respuesta al estrés, con una interferencia importante con su funcionamiento diario y/o sus relaciones

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

**60. Pdef9****Reacción desmesurada**

¿Diría que tiende a reaccionar fuertemente a ciertos tipos de situaciones, por ejemplo un cambio en sus patrones de desplazamiento, o un cambio repentino en su agenda?

Algunas personas reaccionan fuertemente a estos tipos de cambios, quizás más que otras personas que pueden tomárselo de un modo más pragmático, ¿Cuál diría Vd. que es más su caso?

Si la respuesta es Sí, explorar:

¿Puede darme algún ejemplo?

¿Le molestó y se enfadó con el cambio?

Si la respuesta es Sí, explorar cuanto tiempo le duró el enfado.

¿Diría que esta forma de reaccionar es típica de Vd. cuando estas situaciones de cambio se dan?

0= No tiene tendencia a sobre reaccionar ante situaciones de estrés como las descritas.

1= Hay alguna tendencia a turbarse y sobre reaccionar ante situaciones estresantes, perdiendo un poco la perspectiva, pero es capaz de reconocer a posteriori esta situación.

2= Hay una tendencia significativa y constante a alterarse en respuesta a situaciones estresantes: puede responder así ante múltiples estresores menores o mayores; no alcanza a reflexionar en retrospectiva y reconocer sus distorsiones al manejar la situación.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

## SECCIÓN 4: CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO/RIGIDEZ

### 61. Cop1

### Anticipación/planificación

¿Cuándo Vd. está pensando en eventos estresantes, o periodos de su vida, pasa tiempo planeando como va a manejar el estrés?

¿Se diría así mismo algo del tipo: “ok, esta semana próxima va a ser verdaderamente estresante y ocupada, por lo que debería hacer esto y lo otro ahora, para estar preparado cuando llegue el momento”?

¿Es habitual que haga listas?

Si la respuesta es SÍ, explorar: ¿Le son útiles, se atiene a ellas?

Cuando está anticipando una situación estresante, ¿diría que tiene tendencia a “coger el toro por los cuernos”, y hacer las cosas de manera proactiva, o tiende más a dejar el tiempo pasar, y dejar que las cosas vayan desarrollándose, antes de actuar?

Si la respuesta es que es PROACTIVO, explorar:

¿Puede ponerme algún ejemplo de ser activo del modo en que hemos hablado?

¿Le resulta eficaz planificar, le ayuda a hacer las cosas?

¿Le ayuda planificar a estar menos ansioso?

Si la respuesta es que es PASIVO, explorar:

¿Diría que sus dificultades para preparar las cosas con antelación le llevan a verse sobrepasado bajo situaciones de estrés?

0= Planifica las cosas con cuidado y antelación para manejar su ansiedad y prepararse para el agente estresante: la ansiedad se ve aliviada normalmente; la estrategia es sólida y se aplica en un amplio rango de situaciones.

1= Hay cierto uso de planificación proactiva ante estresores próximos; puede ser una estrategia inconsistente; puede que no alivie la ansiedad

2= Hay muy poco o ningún uso de planificación para manejar futuros estresores: puede que planifique con antelación, pero le suponga muy poco o ningún alivio de ansiedad; se ve sobrepasado fácilmente en respuesta al estrés, debido a una pobre planificación.

9= No aplica al entrevistado porque no hay situaciones en las que este tipo de demandas se den (Ej. el entrevistado no trabaja, ni está en la escuela u otras situaciones donde se demanda un desempeño/cumplimiento de una labor)

**62. Cop2****Supresión**

Cuando se enfrenta a situaciones estresantes o problemáticas en las que se ve impotente, ante las que no puede hacer nada, ¿diría que es Vd. capaz de quitárselas de la cabeza por un tiempo, o es algo a lo que se queda anclado/que le molesta?

POR EJEMPLO, si Vd. está esperando a una respuesta de una entrevista de trabajo que hizo, o a los resultados de un examen importante o un test médico, o si Vd. dijo algo doloroso a un amigo que desearía poder arreglar; si no hay nada que pueda Vd. hacer en ese momento, ¿puede Vd. dejarlo pasar y continuar con su día a día, o es algo que realmente le incomoda y cuestiona?

Si PUEDEN DEJARLO PASAR, explorar:

¿Puede pensar en algún ejemplo que ilustre esto, el quitarse los problemas de la cabeza?

¿Diría que este ejemplo es típico de cómo maneja Vd. las situaciones donde no puede hacer nada, por el momento, para cambiar las cosas?

0= Hay capacidad para suprimir los pensamientos estresantes o las situaciones en las que el entrevistado es incapaz de cambiar nada; utiliza la supresión como una estrategia general a lo largo de la mayoría de las situaciones.

1= Hay alguna habilidad para suprimir pensamientos estresantes: no de una manera tan consistente o eficaz como para puntuar 0; es frecuente que se enganche a conductas rumiativas más de lo que desearía.

2= Utiliza la supresión de manera muy infrecuente y/o ineficaz: no es capaz de manejarse de una forma eficaz con el estrés a través del uso de la represión; su mecanismo de afrontamiento implica rumiaciones obsesivas y puede estar asociado a intensa ansiedad y sufrimiento.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

**63. Cop3****Flexibilidad**

Cuando los planes que tiene se caen/cancelan, ¿Diría que es Vd. la clase de persona que puede adaptarse fácilmente, y hacer nuevos planes, o diría que tiende a encasquillarse/bloquearse con dicha situación?

POR EJEMPLO, si un plan de vacaciones no sale adelante, ¿se queda en casa, o cambia a otro plan diferente? ¿Le resulta fácil o difícil cambiar de planes?

Si algún compromiso social que tiene planeado falla, por ej. una película o un concierto que quiere ver está completo, ¿puede adaptarse sin mucho problema, buscando alguna otra actividad, o resulta algo estresante para Vd.?

Si el entrevistado refiere que tiende a QUEDARSE ANCLADO/BLOQUEADO ante los cambios imprevistos, explorar:

¿Puede ponerme un ejemplo reciente de lo que hablamos – cambio de planes y como respuesta dificultades para adaptarse y seguir?

¿Diría que representa su manera típica de actuar cuando sus planes se caen?

Cuando los planes que tiene cambian como hemos visto, ¿tiende a encontrarse así mismo resentido y enfadado, y a aislarse?

0= Tiene respuestas flexibles y adaptativas ante los cambios no planeados.

1= La respuesta ante los cambios de planes es de algún modo rígida y controlada, asociada con cierta ansiedad o enfado: tiene dificultades para dejarlo pasar o dejarse fluir; los planes no se ven sabotados de manera habitual por la respuesta del entrevistado a los cambios de planes.

2= La respuesta a los cambios de planes es rígida, prefijada y asociada a una fuerte ansiedad y resentimiento, con rumiaciones; puede que se aíse y deje cualquier esfuerzo de lidiar con el asunto; los planes se ven sabotados por la respuesta del entrevistado a los cambios de planes.

9= No aplica al entrevistado porque no hay situaciones en las que este tipo de demandas se den (Ej. el entrevistado no trabaja, ni está en la escuela u otras situaciones donde se demanda un desempeño/cumplimiento de una labor

**64. Cop4****Respuesta al estrés**

¿Diría Vd. que es esa clase de persona que maneja bien situaciones de estrés?

¿Diría Vd. que piensa bien “en caliente”, o bajo presión, o diría que necesita tiempo para dar un paso atrás, calmarse, organizar sus pensamientos y cuidadosamente revisar sus opciones antes de actuar?

Cuando Vd. está en una situación estresante, ¿diría que pierde la capacidad de pensar con claridad y mantener la perspectiva de las cosas?

Si refiere un POBRE MANEJO DEL ESTRÉS, explorar:

¿Puede ponerme un ejemplo reciente de esta situación?

¿Diría que esto es altamente característico de la manera en que Vd. responde a la mayoría de situaciones de estrés?

0= Puede manejarse o funcionar adecuadamente bajo presión/en situaciones de estrés.

1= Tiene dificultades para manejarse bajo presión/en situaciones de estrés.

2= Tiene importantes dificultades para funcionar bajo presión; pierde la capacidad de pensar con claridad; se inhibe de manejar las situaciones estresantes.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

**65. Cop5****Auto inculparse**

¿Se impone Vd. unas exigencias/niveles excesivamente elevados?

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Qué ocurre cuando no puede llegar a estos niveles?

¿Diría que es Vd. una persona tremendamente autocrítica?

¿Hasta qué punto llega a ser autocrítica? EXPLORAR:

¿Es capaz de dejar de criticarse en las ocasiones en que entiende que su crítica es exagerada o desproporcionada al fallo?

¿Le impide su tendencia a autoinculparse/castigarse seguir adelante y funcionar bien, llega a resultar en que pierde oportunidades para tener éxito?

0= Es capaz de limitar el autoinculparse con relativa facilidad; sobre todo en los casos en que se da cuenta que había poco que se pudiera haber hecho para cambiar el resultado.

1= Hay alguna dificultad para limitar la autoinculpación; tiene cierta conciencia de que se flagela en exceso.

2= Hay rumiaciones autocríticas constantes y severas; se flagela en exceso, quizás sin conciencia de que sea excesivo, y con poca o nula habilidad para parar el castigo.

9= No es autocrítico, incluso cuando debería serlo. No aplica.



**66. Cop6****Control I**

¿Diría Vd. que es esa clase de persona que necesita hacer las cosas de un modo determinado, a su manera?

Cuando está trabajando con otra gente, ¿le resulta difícil tolerar cuando otros quieren hacer las cosas de un modo diferente al que Vd. haría si estuviera solo?

OPCIONAL: ¿Le ha dicho alguna vez la gente que es un obsesivo/rayado del control?

Ejemplos: proyecto laboral o escolar en grupo, tareas domésticas, educación de los hijos.

Si la respuesta es SÍ, pedir un ejemplo.

En las situaciones en que tiene que trabajar en grupo, y no puede hacer las cosas a su manera, ¿tiende a aislarse y desentenderse un poco del trabajo?

¿Diría que en ocasiones asume demasiada responsabilidad porque compartirla significaría asumir que una parte del trabajo se haría de maneras que Vd. no hubiera elegido?

Si la respuesta es SÍ A CUALQUIERA, explorar:

¿es esto algo que le ha causado problemas en el trabajo, estudios, o relaciones?

0= Es flexible; puede preferir hacer las cosas a su manera, pero refiere la capacidad de compartir el control de las tareas con otros, y tolerar formas diferentes de hacer las cosas.

1= Muestra cierta rigidez y tendencia al control en las tareas grupales: puede que solo sea en situaciones concretas; las consecuencias de este comportamiento son mínimas.

2= Hay una rigidez y necesidad de control constante, y severa: tiene muchas dificultades para compartir tareas con otros; se inhibe o torna resentido/enfadado cuando comparte el control; puede referir que asume más trabajo de la cuenta para evitar compartir tareas; todo esto genera importantes dificultades en una o más áreas de la vida del entrevistado.

9= No aplica al entrevistado porque no hay situaciones en las que este tipo de demandas se den (Ej. el entrevistado no trabaja, ni está en la escuela u otras situaciones donde se demanda un desempeño/cumplimiento de una labor)

**67. Cop7****Control II**

¿Se considerar así mismo, o suele considerarle la gente, como alguien aprensivo, o que se obsesiona mucho?

Si la respuesta es SÍ, ¿puede explicarme qué quiere decir con esto?

¿Diría que tiende a preocuparse mucho, o rumiar acerca de situaciones inminentes, y a pensar acerca de todas las diferentes formas en que las cosas podrían resolverse o acabar mal?

¿Qué me dice de las amenazas lejanas, o no tan lejanas, como un ataque terrorista, o cogerse alguna enfermedad grave, son cosas de las que se preocupa con frecuencia?

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Puede darme un ejemplo del tipo de cosas que le tienen preocupado habitualmente?

¿Diría que sus preocupaciones le interfieren o molestan en su funcionamiento diario?

0=Muestra una preocupación anticipada adecuada ante situaciones inciertas.

1= Hay preocupaciones y rumiaciones excesivas: recrea múltiples escenarios en situaciones de incertidumbre; tiene dificultades para dejar las cosas pasar; asocia sus preocupaciones con algún malestar e interferencia con su funcionamiento diario.

2= Hay preocupaciones y rumiaciones ante situaciones inciertas que son excesivas y generan mucha ansiedad; está casi siempre en un estado de preocupación; mucha preocupación al recrear múltiples escenarios; no es capaz de reprimir la preocupación; todo esto interfiere de una manera muy significativa con su funcionamiento y su habilidad para experimentar placer.

3= Respuesta muy superficial; la respuesta está pobremente integrada y es abiertamente inconsistente; no puede reflexionar o entender la cuestión; no responde o lo hace de una manera incoherente.

**68. Cop8****Retos**

A algunas personas les gusta que sus vidas permanezcan estables, sin grandes sobresaltos, mientras que otras están constantemente buscando nuevos retos. ¿diría Vd. que le estimula y busca nuevos retos, o que es más bien cauto, generándole los cambios dudas y ansiedad?

(EJEMPLOS: un ascenso en el trabajo que requiere que utilice habilidades que están más allá de su nivel actual, o un nivel de interacción social mayor que el actual; un proyecto que puede ser muy gratificante pero que le va a llevar mucho tiempo, un traslado)

¿Podría describirme un reto reciente que le haya ocurrido, y como respondió a él?

Si se define como EMPRENDEDOR,

¿Diría que es un ejemplo típico de cómo responde a la mayoría de los retos, si estos son de su interés?

Si se define como EVITATIVO/CAUTELOSO, explorar:

¿Suele sentirse intimidado y evitar los retos?

¿Diría que existe una preocupación por como lo va a hacer, y como los demás van a pensar que lo va a hacer, que interfiere con su capacidad de disfrutar de los retos, o con su voluntad de emprender nuevas oportunidades?

¿Diría que este ejemplo es típico de cómo responde a los retos?

¿Diría que esa tendencia a evitar las oportunidades que suponen un reto/desafío, le ha causado problemas a nivel laboral, escolar, o de relaciones?

0= Busca y disfruta de nuevos retos; pueden existir ansiedades acerca de si lo va a poder hacer y como lo va a hacer, pero no evitan que el entrevistado emprenda el reto.

1= Hay cierta evitación de nuevos retos; puede ser debido a ansiedades importantes acerca de una evaluación negativa; la ansiedad que sufre cuando acepta nuevos retos puede derivar en que se afecte su desempeño en la tarea.

2= Hay una tendencia significativa a ponerse ansioso y evitar nuevas oportunidades o retos: frecuentemente rechazará esas oportunidades, resultando en consecuencias negativas importantes para su trabajo/relaciones

9= No aplica al entrevistado porque no hay situaciones en las que este tipo de demandas se den (Ej. el entrevistado no trabaja, ni está en la escuela u otras situaciones donde se demanda un desempeño/cumplimiento de una labor)

## SECCIÓN 5: AGRESIÓN

### Agresión auto dirigida

#### 69. Sag1

#### Auto negligencia/abandono

¿Diría Vd. que, a veces, descuida su salud física? Por ejemplo, ¿no suele cuidarse las lesiones que se produce, suele evitar ir al médico cuando está enfermo, o no suele hacerse chequeos regulares?

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Con qué tipo de problemas o lesiones es más descuidado? ¿O es descuidado de una manera general, con todo lo concerniente a su salud?

¿Ha tenido consecuencias serias para su salud este descuido del que me habla?

EXPLORAR: Si el entrevistado solamente refiere ser descuidado para temas menores de salud, preguntar: ¿Hay asuntos más serios de su salud que también descuida?

0= Cuida su salud física de manera rápida y adecuada: toma las medicaciones como se le prescriben; algún descuido menor, sin consecuencias significativas,

1= Refiere cierto descuido de su salud física: tiende a no seguir con las pruebas médicas; descuida tomar medidas higiénicas preventivas; tiende a no tomar la medicación prescrita; puede tener alguna consecuencia menor en su salud

2= Hay un descuido importante de su salud física: falta a citas médicas importantes; no continúa con pruebas médicas importantes; no toma medicación prescrita relacionada con temas graves de salud.

**70. Sag2****Conductas de riesgo**

¿Diría que en ocasiones hace cosas que parecen imprudentes y potencialmente peligrosas para Vd., cosas como tener sexo sin protección, beber de forma abusiva, tomar drogas, o ponerse en situaciones en las que podría ser dañado físicamente?

Si la respuesta es SÍ, preguntar:

¿Acaba sufriendo por estas acciones?

0= No se involucra en actividades peligrosas o de riesgo como las descritas.

1= En ocasiones, de forma infrecuente, se mete en situaciones de riesgo como las descritas; quizás es más frecuente con actividades que suponen un riesgo para su salud menor.

2= Se involucra de manera significativa en actividades potencialmente peligrosas: frecuentemente se expone a situaciones de alto riesgo; puede ser algo infrecuente pero con situaciones potencialmente letales.

**71. Sag3****Autolesiones**

¿Se hace daño, corta, o causa daño físico?

Por ejemplo, rascándose, haciéndose cortes, pellizcándose, mordiéndose las cutículas, explotándose los granos, dándose atracones o restringiendo alimentos.

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Diría que lo hace hasta el punto de dejarse marcas, provocarse sangre, o necesitar atención médica?

¿Le producen alivio de la tensión emocional estas conductas?

0= No hay evidencia de autoagresiones como las descritas (morderse o sacarse las cutículas y rascarse sin dejarse marcas puede ser puntuado como 0)

1= Hay cierta evidencia de autoagresiones como las descritas: rascarse o pellizcarse la piel hasta el punto de dejarse marcas y sangrar; no hay historia de lesiones que hayan requerido atención médica; consecuencias menores para su salud; puede encontrar un alivio de la tensión en estas conductas.

2= Hay autoagresiones severas: hay cicatrices, costras, u otras marcas; hay historia de lesiones que han tenido que ser tratadas médicamente; las autolesiones suponen un riesgo para su salud física.

## 72. Sag4

## Suicidabilidad

¿Ha cometido algún intento de suicidio en los últimos 5 años?

Si la respuesta es Sí, explorar:

¿Ha sido alguno de ellos muy grave/potencialmente letal?

Probar: han requerido atención médica, hospitalizaciones, seguimiento médico o psiquiátrico posterior...

0= Sin historia de intentos de suicidio en los últimos 5 años.

1= Gestos suicidas, o intentos que no han sido potencialmente letales: no han requerido atención médica, o han requerido una atención menor; no ha habido intentos serios de matarse.

2= Al menos un intento de suicidio grave, caracterizado por intencionalidad suicida clara o por una severidad que ha requerido atención médica urgente y/o ha supuesto un grave peligro para la vida del entrevistado.

**73. Sag5****Agresión sexual auto dirigida**

¿Se expone a conductas sexuales que pueden dañarle físicamente?

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Experimenta este daño como placentero?

¿Ha tenido alguna vez que recibir atención médica debido a lesiones producidas durante experiencias sexuales agresivas?

¿Tiene otro tipo de prácticas sexuales, o diría que el sexo agresivo, con riesgo para Vd., ocupa la mayor parte de su vida sexual?

¿Disfruta de experiencias sexuales cuando no son agresivas o peligrosas para Vd.?

0= No está involucrado en prácticas sexuales peligrosas.

1= Está metido en algunas prácticas sexuales que son dolorosas o peligrosas para él; la agresión o el peligro no son esenciales para experimentar placer sexual y no constituyen su modo principal de actividad sexual.

2= Metido en prácticas sexuales peligrosas o dolorosas de manera habitual: disfruta de la experiencia sexual con peligro o dolor; la agresión/peligro es un modo principal de actividad sexual; puede que necesite componentes agresivos o dolorosos para disfrutar del sexo; puede haber recibido atención médica por lesiones producidas durante las relaciones sexuales.

9= La pregunta se salta – no ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 5 años.



Agresión dirigida hacia otros

**74. Oag1**

**Temperamento/irascibilidad**

¿Pierde los papeles/estribos con otras personas?

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Hasta dónde pueden llegar sus explosiones de carácter?

¿Cómo se siente después?

¿Son frecuentes estas explosiones?

¿Es consciente de provocar discusiones verbales con otros?

0= Las explosiones de carácter son raras y contenidas: normalmente se acompañan de sentimientos de culpa/arrepentimiento; muy pocas o ninguna consecuencia personal derivada de las explosiones de ira.

1= Tiene ciertos problemas con su carácter; por ej. Ocasionalmente tiene explosiones en las que grita y chilla; las agitaciones son menos frecuentes y severas que las puntuadas como 2; pueden limitarse a ciertas relaciones; tiene cierto sentimiento de culpa tras los estallidos; puede producirle alguna consecuencia a nivel interpersonal.

2= Tiene explosiones de carácter frecuentes, dirigidas hacia los demás: pueden no ser muy frecuentes, pero particularmente graves: muy poco o ningún sentimiento de culpa o arrepentimiento; el entrevistado puede referir alivio o placer en vez de culpa; mucha inestabilidad emocional; provoca y se mete en peleas con terceros.

**75. Oag2**

**Ataques a terceros**

En los últimos 5 años, ¿ha infringido daño físico de manera intencionada a alguien?

Si la respuesta es Sí, explorar:

Por favor, cuénteme la historia.

¿Fue en defensa propia?

¿Cómo se sintió después, sobre lo sucedido?

0= No ha infringido un daño importante de forma intencionada a nadie (salvo en defensa propia)

1= Al menos relata una situación en que dañó a alguien sin ser en defensa propia: sintió remordimientos y se arrepintió después; el ataque puede no haber sido grave.

2= Una o más situaciones en las que el entrevistado ha dañado a otras personas de forma grave; muy poco o ningún remordimiento.

**76. Oag3**

**Goce con el sufrimiento de los demás (*sadismo*)**

¿Cómo se siente cuando contempla el dolor y sufrimiento de otras personas?

¿Disfruta viendo o haciendo sufrir a otros?

¿Ha disfrutado alguna vez causando o viendo sufrimiento emocional de otras personas?

¿Disfruta causando daño físico o viendo a otros padecer daño físico?

Si la respuesta es SÍ a alguna, explorar:

Por favor, descríbame a lo que se refiere.

¿Cómo se siente después?

0= Le disturba el sufrimiento de los demás, y no le gusta siquiera el infligir un daño involuntario a otro.

1= Hay cierta ambivalencia, o indiferencia, al ver o causar dolor o sufrimiento a otros: puede estar limitado a circunstancias o actividades concretas, o dirigido a alguna persona en concreto; presenta al menos un ejemplo de esta conducta.

2= Disfruta con el sufrimiento de los demás: ya sea cuando lo causa él, u otros; puede proveer múltiples ejemplos de causar dolor a otros o disfrutar viendo causar dolor a otros; puede que busque oportunidades para contemplar o causar dolor a otros.

**77. Oag4****Agresión sexual dirigida a otros**

¿Se ha visto involucrado en prácticas sexuales que pudieran ser consideradas agresivas, o físicamente peligrosas para su pareja?

Si la respuesta es Sí, explorar:

¿Podría ponerme un ejemplo reciente de este tipo de conductas?

¿Es este tipo de prácticas sexuales habitual en Vd.?

¿Cuán serios son los riesgos físicos para sus parejas? ¿Ha requerido alguna de ellas atención médica como resultado de estas prácticas sexuales?

¿Hay otros tipos de conductas sexuales que practica, o diría que las prácticas sexuales agresivas y peligrosas para su pareja constituyen una gran parte de su vida sexual?

¿Puede disfrutar del sexo cuando no es agresivo o peligroso para su pareja?

0= No está involucrado en prácticas sexuales que son inusualmente agresivas o peligrosas para su pareja.

1= Está metido en algunas prácticas sexuales que se caracterizan por la agresión o el infligir dolor; no hay riesgo de lesiones físicas para su pareja; la pareja nunca ha recibido tratamiento médico por lesiones producidas mientras tenían sexo; la agresión y el peligro hacia la pareja no son esenciales para el placer sexual del entrevistado, y no constituyen su modo principal de actividad sexual.

2= Metido en prácticas sexuales peligrosas de manera habitual, que normalmente resultan en infligir daño a sus parejas: puede referir que su pareja ha recibido atención médica por lesiones producidas durante las relaciones sexuales; la agresión/peligro hacia la pareja es un modo principal de actividad sexual; puede que necesite componentes agresivos o dolorosos para disfrutar del sexo;

9= La pregunta se salta – no ha mantenido relaciones sexuales en los últimos 5 años.

**78. Oag5****Intimidación**

¿Tiene conciencia de asustar a la gente, ya sea por su comportamiento, o porque se torna rabioso/enfadado?

¿Es consciente de hacer cosas, de manera deliberada o no, que hacen que la gente le tema o tema lo que pueda hacer, o tema su enfado?

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Le satisface que esto sea así, le gusta que la gente le tema?

¿Hace alguna vez cosas que hacen que la gente le tema, para poder controlarles?

OPCIONAL: ¿Diría que usa el dañarse a sí mismo, o amenazar con dañarse, para obtener lo que quiere de los demás, o controlarles?

Si la respuesta es SÍ a cualquiera, explorar:

¿Podría ponerme un ejemplo reciente de esta conducta?

¿Es esta conducta algo típico de Vd., algo frecuente, o le ocurre raramente?

0= No tiene conciencia de ser temido o intimidar a los demás.

1= De algún modo intimida y es temido por los demás: puede limitarse a personas o situaciones concretas; poco sentimiento placer derivado de la idea de ser temido por los demás; esta conducta es infrecuente; la gravedad de la agresión es pequeña; la existencia de manipulación consciente e intención de intimidar es pequeña.

2= Hay una clara experiencia de intimidar y ser temido por los demás: hay una clara conciencia de qué conductas suyas causan temor; puede sentir placer en asustar o intimidar a otros; hay autolesiones regulares, o amenazas de autolesionarse, con la intención clara de manipular a otros.

**79. Oag6****Venganza**

Si alguien le ha hecho daño, o si Vd. se siente maltratado o despreciado por alguien, ¿suele presentar deseos de vengarse de esa persona?

Si la respuesta es Sí, explorar:

¿Suele fantasear con las maneras en que podría vengarse y herir a la persona que le ha hecho daño?

¿Experimenta un sentimiento de confort o placer cuando fantasea con vengarse?

¿Alguna vez ha llegado a poner en marcha sus planes de venganza, o de hecho ha llegado a vengarse de aquellos que le han hecho daño?

(evaluar el alcance de los planes, la preocupación/obsesión, el tiempo que pasa fantaseando, la frecuencia de las fantasías)

0= No está preocupado con fantasías de venganza.

1= Hay algunas fantasías de venganza: hay un cierto sentimiento de placer o confort; no actúa las fantasías de venganza.

2= Hay una preocupación significativa por fantasías de venganza: pasa un tiempo considerable desarrollando esas fantasías; experimenta importante placer o confort con las fantasías; puede referir poner en marcha los planes de venganza.

## SECCIÓN 6: VALORES MORALES

### 80. Mor1

### Valores morales internalizados

Todos nos encontramos con situaciones en las que se nos confronta con la oportunidad de hacer algo inmoral, ya sea decir una mentira, coger algo que no nos pertenece, o hacer trampas de alguna manera.

Cuando Vd. se encuentra con una de estas situaciones, ¿qué le ayuda a determinar cómo actuar?

Por ejemplo, ¿Diría que tiene que ver con la amenaza de ser castigado o avergonzado públicamente, si lo descubren, o más con que se guía por un código interno de qué es correcto y qué no?

Si la respuesta implica tener un código ético interno, explorar:

¿Podría ponerme algún ejemplo en el que Vd. consultó con su código moral interno para decidir cómo actuar correctamente?

0= Se guía por un código interno acerca de lo que está bien y lo que está mal; puede estar confuso acerca de lo que es correcto en una determinada situación, pero esta confusión se produce considerando un código moral interno.

1= Hay algún sentido interno de lo que está bien y lo que está mal: se guía a veces por la amenaza de ser avergonzado o castigado; a veces se siente confundido sobre qué es lo correcto, con una parte de la decisión tomada en función de un código interno, y otra en función de las consecuencias derivadas de ser descubierto.

2= No refiere la presencia de un código moral interno: está involucrado con frecuencia en oportunidades éticamente cuestionables, mitigado solo por el miedo a las consecuencias derivadas de ser descubierto.

**81. Mor2****Engaños**

¿Hay ocasiones en las que deliberadamente engaña a los demás?

Si la respuesta es SÍ, preguntar por ejemplos.

¿Hay ocasiones en las que Vd. falsea/disfraza la verdad para parecer mejor, más exitoso o más atractivo a ojos de un tercero, o para conseguir algo que desea?

¿Ha mentido Vd. a la hora de contestar las preguntas de esta entrevista?

Si la respuesta es SÍ, preguntar por cómo y por qué.

Le voy a leer algún ejemplo y quiero que me diga si cosas de este estilo suceden en su vida. Si le viene a la cabeza algún otro ejemplo, similar, por favor coméntemelo:

- Atribuirse el mérito de un trabajo que su asistente u otra persona de su grupo hizo, atribuirse el mérito de cosas que otro ha hecho, o decir que ha hecho más de lo que realmente ha hecho.
- Maquillar la verdad en un currículum o una entrevista de trabajo, quizás alargando el tiempo que estuvo empleado en un lugar concreto, o embelleciendo sus logros o responsabilidades, hasta el punto de poner cosas que no son ciertas.
- Maquillar la verdad en lo relativo a sus dificultades emocionales, quizás simulando que está más enfermo o estresado de lo que realmente está, para conseguir algo beneficioso, como compasión o ayuda.

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Es algo que Vd. hace con regularidad?

¿Cómo se siente haciendo estas cosas?

0= No es mentiroso o fraudulento como se describe arriba.

1= Es de algún modo oportunista a la hora de maquillar la verdad/engañar a otros: el entrevistado expresa cierta ambivalencia acerca de este hecho: aprovecha sus oportunidades de sacar provecho, pero estas son de un modo pasivo normalmente, "las oportunidades le vienen dadas"; las consecuencias de sus actos para los demás son mínimas.

2= Busca y explota oportunidades éticamente cuestionables para su ganancia personal: la búsqueda y el llevar a cabo engaños y mentiras sucede de una manera activa; distorsión importante de la verdad; trae consecuencias para los demás; muy poca o ninguna culpa.



**82. Mor3****Dilemas morales**

Cuando se enfrenta a una situación que claramente va contra lo que Vd. considera que es correcto, ¿diría que se enfrasca en un dilema moral acerca de qué hacer?

Si Vd. sabe que no le van a descubrir, y de que no va a haber ninguna consecuencia derivada de mentir, robar o engañar - ¿le resulta más difícil hacer lo que es correcto?

¿Lucha consigo mismo acerca de qué hacer cuando sabe que nadie lo va a descubrir?

0= El comportamiento moral sucede un modo natural y sencillo: hay muy poca o ninguna lucha interna.

1= Hay algún debate interno acerca de si actuar de manera moral; el entrevistado generalmente sabe lo que es correcto y sigue ese camino.

2= Hay una clara lucha/esfuerzo interno por hacer la elección moral: puede que no exista lucha porque no hay ningún código moral interno; facialemente elige la elección inmoral.

**83. Mor4****Mentiras**

¿Es frecuente que mienta a los demás?

EXPLORAR: mentiras a gran escala, mentirijillas, mentiras que requieren de coartadas o encubrimientos complejos.

Si el entrevistado refiere mentiras importantes, explorar:

¿Podría ponerme algún ejemplo reciente de alguna mentira compleja?

¿Es este tipo de conducta algo que hace frecuentemente, o no es típico de Vd.?

¿Cómo se siente por mentir de este modo?

0= No miente más que de manera ocasional: “mentirijillas” o mentiras por omisión.

1= Miente ocasionalmente con cosas de mayor importancia que mentirijillas: hay engaños deliberados de consecuencias relativamente menores, a sí mismo y a los demás; hay cierto sentimiento de culpa/arrepentimiento, particularmente cuando sus mentiras traen consecuencias a terceros.

2= Miente de manera habitual y relativa a múltiples cosas diferentes: puede mentir de forma infrecuente pero con consecuencias graves para otros; hay muy poca o ninguna culpa asociada.

**84. Mor5****Actividades ilegales**

¿Ha hecho algo ilegal en los últimos 5 años?

¿Tiene historia criminal?

Si la respuesta es NO, explorar:

¿Qué me dice de cosas como robos en tiendas, hurtos, uso de drogas ilegales, prostitución, o tráfico de drogas?

¿Qué me dice de cosas como no pagar sus impuestos, malversar fondos, o hacer cheques falsos?

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Podría describirme esas actividades?

¿Le generaron esas actividades dificultades con la ley?

EXPLORAR: evaluar si en estas situaciones amenazó a sus víctimas, evaluar si los crímenes fueron planeados o impulsivos, explorar historia de encarcelamiento o libertad condicional.

0= No tiene historia de actividades ilegales los pasados 5 años; no historia criminal; puede haber historia de exceso de velocidad, o uso ocasional de marihuana/cannabis.

1= Alguna actividad ilegal: no pasa demasiado tiempo en actividades ilegales; no hay historia criminal o problemas con la ley; sus actividades no resultan en consecuencias negativas relevantes para sí mismo o los demás.

2= Está involucrado de manera seria y frecuente en actividades ilegales: puede incluir un uso regular de drogas, traficar con drogas, evasión de impuestos, malversación de fondos; puede pasar mucho tiempo en estas actividades; puede incluir crímenes premeditados o que implican un enfrentamiento con la víctima.

## 85. Mor6

## Culpa I

¿Podría ponerme un ejemplo de una situación en la que hizo algo que fue en contra de su sentido de lo que está bien o es correcto, en la que no cumplió con su código personal de buen comportamiento?

En esta situación, ¿Cómo se sintió, y que es lo que hizo?

¿Diría que se sintió culpable?

Si la respuesta es SÍ, explorar:

¿Qué quiere decir con que se sintió culpable?, explíqueme qué es lo que típicamente hace o siente.

EXPLORAR: ansioso, aislado, autocrítico, se siente mal vs. Culpa y esfuerzos activos de reparar lo que ha hecho.

¿Pasa mucho tiempo preocupándose, o asustándose porque la gente descubra lo que hizo, o por ser castigado de alguna manera?

¿Diría que este sentimiento de culpa es típico de su manera de sentir y comportarse cuando hace cosas que van contra lo que cree que es correcto?

0= Experimenta culpa después de haber hecho algo que percibe como moralmente incorrecto; tiene un sentimiento de arrepentimiento genuino y se esfuerza por remediar y prevenir que vuelva a pasar en el futuro. **Necesita relatar que intenta activamente solucionar el problema, y que experimenta culpa, para puntuar como 0.**

1= Se muestra ansioso, autocrítico, e incómodo con sus acciones: se centra en más en auto reproches que en enmendar activamente lo que ha hecho mal; la ansiedad predomina sobre la culpa; hay algún sentimiento de culpa.

2= Muy poco o ningún sentimiento de culpa: se centra en las consecuencias de sus actos y el miedo a ser castigado; se centra en el miedo a que la gente descubra lo que ha hecho, a ser descubierto.

9= No puede pensar en ningún ejemplo en el que el entrevistado haya hecho nada que vaya contra su propio sentido de lo que es correcto.

## 86. Mor7

## Explotación

Todos nosotros en ocasiones nos aprovechamos de oportunidades que tienen consecuencias negativas en otros; le voy a leer ejemplos de alguna de estas situaciones, y quiero que me diga si alguna de estas ocurre/le ha ocurrido en su vida.

(con cada uno de los ejemplos, preguntarle al entrevistado si le ha pasado, y si lo haría si tuviera oportunidad)

- ¿Ha revelado en alguna ocasión información confidencial sobre alguien que no le gusta o alguien a quien envidia, cuando ha podido salir beneficiado de hacerlo?
- ¿Ha buscado o iniciado una relación con alguien que podía serle de ayuda, o darle algo que necesitaba, incluso si no le gustaba esa persona?
- ¿Ha quedado alguna vez con alguien solo porque podía hacer cosas por Vd., ya fuera comprarle cosas, agasjarle con regalos, o permitirle estar cerca de las cosas que siempre ha deseado?
- ¿Ha adulado alguna vez a un empleado porque Vd. lo necesitaba o porque era conveniente para Vd., incluso sabiendo que permanecer en ese trabajo no era la mejor opción para él?
- ¿Ha elegido alguna vez retrasar una ruptura que tiene decidida, porque disfruta del sexo, o porque se acerca alguna ocasión especial en la que quiere quedar, incluso sabiendo que realmente no quiere estar con esa persona?

Si la respuesta es SÍ a alguna de ellas, explorar:

¿Podría describirme un poco más en detalle esa situación?

¿Es algo que hace habitualmente?

¿Se le ocurren otros ejemplos en los que se aproveche de otras personas, o utilice a otros de manera dañina en su beneficio?

Si la respuesta es SÍ, explorar: ¿Podría describirme lo que hace? ¿Lo hace habitualmente?

0= No explota las oportunidades que tiene de beneficiarse a expensas de los demás.

1= Explota ocasionalmente las oportunidades que tiene de sacar provecho a costa de los demás, pero no es un patrón habitual, y las consecuencias para sí mismo y los demás son menores.

2= Hay una explotación constante y significativa de las oportunidades que tiene para sacar provecho: hay un patrón regular de explotación en sus relaciones interpersonales.

**87. Mor8****Culpa II (crueldad)**

Incluso las personas más amables se sorprenden en ocasiones, mirando atrás, haciendo cosas que son intencionadamente mezquinas con otros. ¿Podría ponerme algún ejemplo de estas situaciones?

Si el entrevistado no puede poner ningún ejemplo:

Ejs: Digamos que está en una relación íntima y le dice algo dañino a su pareja, o que alguien queda con Vd. en un lugar y Vd. no aparece ni avisa, o que desprecia o discrepa de alguien sin una buena razón.

¿Diría que estas situaciones le ocurren frecuentemente en su vida?

¿Cuándo se da cuenta de que se ha comportado de esta manera, como se siente después?

¿Qué es lo que suele hacer cuando le pasa esto?

¿Podría ponerme un ejemplo de cómo se comporta habitualmente cuando le ocurre algo así?

0= Se arrepiente y se muestra proactivo para enmendar y asumir la responsabilidad de sus acciones.

1= Siente culpa, pero la centra en autorreproches o miedo a las represalias en vez de hacer esfuerzos activos para enmendar lo hecho o preocuparse por el otro; puede tener dificultades para pedir perdón.

2= Comportamiento cruel: le ocurre de manera habitual; muy poca o ninguna culpa; puede sentir que no tiene necesidad de reparar nada o pedir perdón; escaso arrepentimiento.

3= No puede pensar en ningún ejemplo en que hiciera algo dañino a propósito.





28 de marzo de 2011

CEIC Hospital Clínico San Carlos

## **INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

Dra. Mar García Arenillas  
Secretaria del CEIC Hospital Clínico San Carlos

### **CERTIFICA**

Que el proyecto de investigación titulado "**Estudio multicéntrico de las conductas agresivas-impulsivas: tipificación psicopatológica e investigación de endofenotipos**" con código interno nº 11/122-E del que es Investigador Principal el **Dr. José Luis Carrasco Perera** del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos, ha sido estudiado por este Comité, no habiéndose realizado objeción alguna al mismo.

Es por ello que el Comité **informa favorablemente** sobre la realización de dicho proyecto.

Lo que firmo en Madrid, a 28 de marzo de 2011



Dra. Mar García Arenillas  
Secretaria del CEIC Hospital Clínico San Carlos